Türkiye Psikiyatri Derneği Adana Şubesi ve
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı



XI. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ KONGRE TAM METİN KİTABI

5 - 8 Haziran 2002, Çukurova Üniversitesi Mithat Özsan Amfisi, Adana

Editörler
Prof. Dr. Mehmet Ünal
Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz

ISBN 978-605-89609-0-9
Adana, 2008

İlk olarak 2008 yılında e-kitap olarak yayınlanmıştır.
ISBN 978-605-89609-0-9 (e-kitap)

2008, Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
01330, Balcalı-Adana-Türkiye
lokman.cu.edu.tr/psikiyatri
e-mail: Ltamam@mail.cu.edu.tr

XI. Anadolu Psikiyatri Günleri Tam Metin Kitabı /
Editörler: Mehmet Ünal, Nurgül Özpoyraz
1. Baskı
230 sayfa, C5
ISBN 0978-605-89609-0-9 (e-kitap)

1. Psikiyatri 2. Psikoloji 3. Kongre

I. Ünal, Mehmet 1943–
II. Özpoyraz, Nurgül 1960-

2008
Adana, Türkiye'de yayınlanmıştır.

Yayına hazırlayan: Doç. Dr. Lut Tamam
Sayfa Düzeni: Doç. Dr. Lut Tamam
Kapak: Doç. Dr. Lut Tamam
E-baskı Tarihi ve Yeri: 05 Aralık 2008, Adana, Türkiye
E-kitap Versiyon No: 1.0
Sürekli URL Adresi: lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/

Türkiye Psikiyatri Derneği
Türkiye Psikiyatri Derneği Adana Şubesi
Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
işbirliği ile yapılan

XI. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ

KONGRE TAM METİN KİTABI

5 - 8 Haziran 2002, Çukurova Üniversitesi
Mithat Özsan Amfisi, Adana

Editörler
Prof. Dr. Mehmet Ünal
Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz

Adana, 2008

XI. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ

KONGRE TAM METİN KİTABI

5 - 8 Haziran 2002 Çukurova Üniversitesi
Mithat Özsan Amfisi
Adana

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Türkiye Psikiyatri Derneği Adana Şubesi
http:// lokman.cu.edu.tr/psikiyatri

11. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ TAM METİN KiTABI

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı, 01330 Adana
Tel: 322-3386060 /3247, Fax: 322- 3386505
E-mail: Ltamam@mail.cu.edu.tr , nozpoyraz@mail.cu.edu.tr
Kongre Web Adresi: http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri

11. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ TAM METİN KiTABI

İÇİNDEKİLER

XI. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ PROGRAMI

04 Haziran 2002	
14:00 -19:00	**Kayıt** Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Amfisi

05 Haziran 2002	
08:00 – 09:00	**Kayıt**
09:00 – 10:00	**Açılış Töreni** Prof.Dr. Mehmet Ünal – Kongre Başkanı Prof.Dr. Erbuğ Keskin – Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dekanı Prof.Dr. Yalçın Kekeç - Ç.Ü. Rektörü Dinleti Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
10:00 – 10:15	Kahve Arası
10:15 – 11:15	**Bilim ve Politika** Oturum Başkanı: Prof.Dr. Mehmet Ünal *Prof.Dr. Erdal İnönü* Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
11:15 - 11:30	Kahve Arası
11:30 – 12:30	**Sorma - Bilme Dürtüsü** *Prof.Dr. Orhan Öztürk* Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
12:30 – 14:00	Öğle Yemeği Yer: Ç.Ü. Sosyal Tesisleri (Sanofi - Synthelabo)
14:00 – 15:45	**Süreğen ruhsal bozukluklar ve sağlık kurumları(PANEL)** Oturum Başkanı: Doç.Dr. Arif Verimli Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi *Uzm. Dr. Hamza Avcı* Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi *Uzm. Dr. İzzet Hamkaya* Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi *Uzm. Dr. Ömer Deniz* Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi *Uzm. Dr. Nejat Akyol* Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
15:45 – 16:00	Kahve Arası
16:00 – 17:00	**Anadolu Doğasından Çiçekler (DİA GÖSTERİSİ)** *Uzm.Dr. Taner Özek* Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
19:30-	Açılış Kokteyli (Prolange) Yer: Ç.Ü. Sosyal Tesisleri (Jannsen-Cilag)
06 Haziran 2002	
09:30 - 10:30	**Dünden Bugüne Anadolu'da Tıp ve Psikiyatri** *Prof.Dr. Özcan Köknel* Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
10:30 – 10:45	Kahve Arası
10:45 – 12:15	**Almanya'da Psikiyatri Uygulamaları: Türkiye'den Göç Eden Hastaların Değerlendirilmesi** Oturum Başkanı: Prof.Dr. Yunus Emre Evlice *Dr. Meryem O. Schouler* *Dr. Etem Ete* *Dr. Eckhardt Koch* *Dr. Cenk Kolcu* Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
10:45 – 12:15	**Türkiye'de Trafik Güvenliğinde Psikoloji ve Psikiyatrinin Yeri** Oturum Başkanı: Prof.Dr. İbrahim Balcıoğlu *Uzm. Psk Yeşim Yasak* Psikoteknik değerlendirmenin yasada karşılığı *Uzm. Dr. Ayhan Akcan* Psikoteknik değerlendirme sonrası psikiyatrik muayene *Uzm. Psk. Nevin Kılıç* Psikoteknik değerlendirme süreci *Uzm. Psk. Nuray Uluğ* Psikoteknik değerlendirme uygulamaları *Doç.Dr. Armağan Samancı* Trafikte uyuşturucu problemine yönelik"Saç

	Testi"
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Küçük Amfi
12:15 – 14:00	Öğle Yemeği
	Yer: Ç.Ü. Sosyal Tesisleri (Sanofi –Synthelabo)
14:00 – 15:45	**İki uçlu duygudurum bozukluğu tanılı hastaları izlemede karşılaşılan güçlükler**
	Oturum Başkanı: Prof.Dr. Simavi Vahip
	Neden ve nasıl uzun süreli izlem?
	Doç.Dr. Işıl Vahip
	Uzun süreli sağaltıma uymayan, uymak istemeyen hastayı anlamak üzerine
	Doç.Dr. Nurgül Özpoyraz
	Uzun dönemde ilaç yan etkilerinin ve komplikasyonlarının izlenmesi
	Doç.Dr. Timuçin Oral
	Bedensel hastalığı olan bipolar hastaların uzun süreli izlemi
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
14:00 – 15:45	**Freud'dan Bugüne Yaratıcı Sanatçı Psikodinamiğine Bakış**
	Prof.Dr. Yusuf Alper
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Küçük Amfi
15:45 – 16:00	Kahve Arası
16:00 – 17:00	**Mülteci ve Göç Edenlerde Psikopatoloji**
	Prof.Dr.Aysel Ekşi
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
16:00 – 17:00	**Travma- Dissosiyasyon- Borderline Spektrumunda Araştırma Perspektifleri**
	Prof.Dr. Vedat Şar
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Küçük Amfi
20:00	Akşam Yemeği
	Yer: Adana Tenis Dağ ve Su Sporları Kulübü Tesisleri (Lilly)
07 HAZİRAN 2002	
09:30 – 10:30	**Anadolu'da Sufilik**
	Prof.Dr. Cengiz Güleç

	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
10:30 – 10:45	Kahve Arası
10:45 – 12:15	**Türk Toplumundaki Psikiyatri Hastalarında Psikoterapötik Özellikler**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Sunar Birsöz
	Prof. Dr. İsmet Kırpınar
	Psikiyatrik hastalarda paramedikal iyileştiriciler ve psikoterapiye etkisi
	Prof. Dr. Alp Üçok
	Stigma ve stigmanın psikoterapiye etkisi
	Prof. Dr. Cengiz Güleç
	Türk toplumunda kültürün psikoterapötik özellikleri
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
10:00- 12:00	**Alkol ve Madde Kullanım Sorunları (PANEL)**
	Oturum Başkanı: Prof.Dr. Bekir Aydın Levent
	Prof.Dr. Mansur Beyazyürek
	Alkol bağımlılığı ve sorunları
	Doç.Dr. Duran Çakmak
	Madde bağımlılığı ve sorunları
	Adana Emniyet Müdürlüğü Temsilcisi
	Alkol ve madde bağımlılığının yasal boyutları
	Yer: Adana Büyükşehir Belediyesi Konferans Salonu
12:15 – 14:00	Öğle Yemeği
	Yer: Ç.Ü. Sosyal Tesisleri (Sanofi-Synthelabo)
14:00 – 15:45	**Uyku ve Cinsellik**
	Prof. Dr. Hamdullah Aydın
	Uyku ve Cinsellik
	Prof. Dr. Engin Eker
	Toplum ve Cinsellik
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
14:00 – 15:45	**Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar**
	Prof. Dr. Orhan Doğan
	Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Küçük Amfi
15:45 – 16:00	Kahve Arası
16:00 – 17:00	**Karma Evlilikler**

	Oturum Başkanı: Prof.Dr. Mehmet Ünal *Prof.Dr. Arşaluys Kayır* Karma evlilikler ve tamamlanmamış evlilikler *Doç.Dr. Ali Nihat Babaoğlu* Bir ruhsal-toplumsal sorun odağı olarak karışık aile Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
17:00 – 17:15	Kahve Arası
17:15 - 18:15	**İlaç Endüstrisi Destekli Sempozyum** (Pharmacia – Eczacıbaşı) Yer: Ç.Ü. Mithat Özsan Büyük Amfi
18:15	**Kongre Kapanış**
20:00	GALA YEMEĞİ Yer: Aqualand Su Sporları Merkezi (Pharmacia – Eczacıbaşı)
08 HAZİRAN 2002	
08:00 – 18:00	**Sosyal Program** Adana'dan Hareket Saati: 08:00 İskenderun üzerinden Antakya'ya varış St Pierre Kilisesi Harbiye'de Öğle Yemeği Antakya Mozaik Müzesi Adana'ya Varış Saati: 18:00

KONUŞMA
TAM METNi

1

SORMA - BİLME DÜRTÜSÜ VE GİRİŞİM DUYGUSU NASIL YOK EDİLİR?

Prof. Dr. M. Orhan Öztürk
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

"Sorma-bilme dürtüsü (curiosity) küçük, narin bir bitki gibidir; bu bitkinin en önemli gereksinimi uyaranlar ve özgürlüktür". Einstein

Eski Yunan filozoflarından günümüzün bilim insanlarına dek uzayan çağlar boyunca *sorma-bilme dürtüsü (tecessüs, merak, curiosity)* doğayı anlamada, doğayla savaşımda, bilimin ve bilimsel düşüncenin gelişmesinde başta gelen itici güç olarak bilinmiştir. Yirminci Yüzyılın ortalarında yapılan araştırmalar insandaki sorma-bilme güdüsünün *biyolojik temelli bir dürtü (drive)* olduğu görüşünü yaygınlaştırmıştır. Çocuğun sorma-bilme dürtüsünü kamçılayan uyaranlar onun dikkat, algılama, bilinmeyeni bilme, sorun çözme gibi *bilişsel işlevleri*nin gelişmesini sağlayarak büyümenin ve öğrenmenin önemli besi kaynağı olmaktadır. *Sorma-bilme dürtüsünün temelinde, büyük*

oranda, insanoğlunun evrimsel-kalıtımsal gelişme, değişme gizilgücü yatmaktadır.

Geçmişte ve günümüzde ülkemiz insanlarında sorma-bilme dürtüsünün ne denli eksik olduğunu gösteren sayısız örnekler verilebilir. Bu toplumda bilimin gelişmemesi, yaygınlaşmaması önemli oranda bireylerde sorma-bilme dürtüsünün eksikliğine bağlıdır. Bu eksikliğin kaynaklarını incelemek gerekir. Bu konuşmamda, ülkemizde sorma-bilme dürtüsünün çok kısıtlı oluşunun kökenlerini sorgulamaya çalışacağım.

Çocukta sorma-bilme dürtüsünün kökenleri

1. Evrimsel-kalıtımsal gelişmeye bağlı içkökenli (endojen) tanıma, bilme, bulma gereksinimi ve buna bağlı davranışlar. Daha bebeklik çağında yeni şeylere ilgi ile bakma, ağzına götürerek tanıma davranışları.
2. 3-5 yaşları arasında hızla gelişen devinim dizgesi, konuşma ve bilişsel yetileri ile çevreyi genişletmeye, keşfetmeye, bilmeye yönelik sorular ve devinimler.
3. Eşeysel ayrılıkların algılanmasına bağlı sorular ve bunların genelleşmesi.

Sorma-bilme dürtüsünün önemli bir kaynağı, özellikle psikanalitik kuramın üzerinde durduğu ve işlediği bir konu olup, çocukta eşeysel ayrılıkların keşfi ile ilgilidir. Yaklaşık 2 ½-3 yaşlarında çocuk eşeylik organlarındaki ayrılıkları algılayarak cinsel konulara büyük bir ilgi geliştirmeye başlar ve bu ilgi 6-7 yaşlarına dek giderek artar. Bu evrede erkek cinsel organına bağlanan önem, kızların imrenme duygusu, erkek çocuklarda iğdişlik korkuları, Öedipal çatışma sorunları yoğunlaşır. Bu evrede çocuk cinselliği yeni bir boyut kazanır; çocuğun bağlanmaları artık eşeysel anlam da yüklenir. Ana ya da baba ile özdeşim yaparak çocuk benliği gelişir, *üstbenlik (vicdan)* oluşmaya başlar. Çocuk, içinde bulunduğu toplumun rollerine, işlevlerine, kurallarına göre davranmaya; o toplum için geçerli araç-gereci kullanmaya yönelir. Çocukta giderek törel

sorumluluk duygusu oluşur. Çocuğun ruhsal-toplumsal gelişiminin bu evresinde, cinsel konulara dalması, bitmek bilmez bir sorma ve bilme tutkusunun ortaya çıkması, anne ya da baba yerine geçmeye özenmesi, bu doğrultuda emeller beslemesi, babayla özdeşim yapmağa başlaması *girişim duygusunun (sense of initiative)* öncüleridir. *Girişim duygusu ile sorma-bilme dürtüsü birbirinden ayrılamayan iki kardeş gibidir.* Bu çocukluk döneminin güçlü bir güdüsü olan sorma-bilme dürtüsünü ve yanı sıra gelişmekte olan girişim ve becerme yetilerini köstekleyen, körelten ya da söndüren duygular *utanç ve ayıplanma, suçluluk duygusu ve cezalandırılma korkusudur.*

İşte bu evrede toplumumuzda geleneksel, yarı geleneksel kesimlerde daha yoğun olmak üzere çok yaygın olan bir takım gelenekler ve tutumlar çocuklarda cinsel benlik duygusunun çok erken yaşta ayrışmasına yol açmaktadır. Erkek çocukların büyük bir kesiminin, iğdişlik korkularının yoğun olarak yaşandığı 4-8 yaşları arasında sünnet edilmesi ve kız çocukların buna tanık olmaları konuya ayrı bir anlam kazandırmaktadır. Bu yaşlarda uygulanan birçok korkutmalar ve baskı yöntemleri de çocuklarda sorma-bilme dürtüsünü ve girişim duygusunu söndürebilecek, yok edebilecek niteliktedir. Bunlar şu ana başlıklar altında sıralanabilir.

- Cinselliğe ilişkin sorulara karşı ayıplayıcı, suçlayıcı, korkutucu tutumlar
- Sıklıkla sen çocuksun sonra öğrenirsin türünden kısa kestirmeler
- Çocuğun atılgan devingenliğine karşı çeşitli cezalar, korkutmalar, çocuğun şaka olarak algılamadığı iğdiş etme tehditleri (tutun şunun çükünü keselim gibi). Sünnet olayının kendisi.
- Dinsel, yarı dinsel korkutmalar (Allah çarpar, cin çarpar, öcü, şeytan ve birçok ürkütücü soyut kavram. Özellikle alışılmış yaşam yerinin dışına çıkmaya ya da yeni bir şeyi, yeri keşfetmeğe karşı olan korkutmalarla çocuğun çevresinin çapını genişletmesinin önlenmesi.

- Yetke nesnelerine karşı korku aşılayıcı tutumlar. Baba korkusu, üst korkusu, devlet korkusu, Allah korkusu.
- Çocukta benliğin özerkliğine dayanan içsel yargılama dizgesi olan bir vicdan yapısı (süperego) yerine, dışardan gelecek cezaya, korkuya dayanan dışa bağımlı bir vicdan yapısının oluşması.

Tanımladığım bu kısıtlayıcı baskılarla birlikte,

- evreni ve insanı soruşturmayan,
- insanın araştırıcı yönünü sınırlayan,
- sorgulamadan kul olma duygusunu aşılayan,
- yalnızca duygusal bir inanmaya değer veren ve anlamanın önemini yadsıyan,
- boş inançlarla saptırılmış olan dinsel eğitim ve uygulamaların yaygınlığı ve egemenliği de özerk, özgür düşünmenin toplumsal bir değer olarak yerleşmesini, köklü bir kişilik özelliği olmasını önlemektedir.

Bu baskılar ve korkutmalar arasında *geleneksel sünnet* olayının özel bir yeri vardır ve üzerinde ayrıca durulacaktır.

Çağdaş eğitim *sorma-bilme dürtüsünü* ve buna dayalı *araştırıcılığı* desteklemek, geliştirmek amacını gütmektedir. Ülkemizde, geleneksel kesimden çağdaş kesime doğru giderek azalsa bile, hem ailede hem okulda, çocuğa özgür ve özerk öğrenme, düşünme yetisini aşılamayan, özerk kimlik gelişimini desteklemeyen, sorgulamadan öğrenmeye dayanan yetkeci bir eğitim dizgesinin egemen olduğu görülmektedir. "Talim-terbiyeciler" ve eğitimciler entelektüel olarak ezberci ve yetkeci eğitimin sakıncalarını biliyorlar, ama bu eğitimin çarkından ne kendileri, ne kendilerinden sonra gelen kuşaklar kurtulamıyorlar. Eğitimdeki politikayı belirleyen yetkili kişilerin yakınmalarına karşın günümüze dek eğitimde belirgin bir değişimin başarılamamasını ancak çocuğun okul öncesi dönemdeki kişiliğini belirleyen uygulamalarla açıklayabiliriz.

Sonuç, ülkenin en zeki ve çalışkan gençlerini toplayan en seçkin üniversitelerde bile çoğunluğu soru sormayan, sınav korkusunun dışında özerk öğrenme ilgisi taşımayan, derslerde ve kitaplarda verilen bilgileri kendi özerk eleştiri, tartışma süzgecinden geçirmeyen, ezberci, aktarmacı, bir öğrenci ve öğretici topluluğunun oluşmasıdır. Bilim kuruluşlarımızda araştırmacılığın düşük oluşunun nedenlerini eğitimdeki bozuk düzene, laboratuar olanaklarının azlığına, parasızlığa, yeterince rehberlik olmayışına vb bağlamakla bir yere varmadığımızı görmeliyiz. Sorma-bilme dürtüsünün çocukluktaki serüvenine ve bu dürtünün toplumuzda nasıl söndürüldüğü konularına yönelmezsek sanırım araştırıcı azlığından daha uzun süre yakınmayı sürdüreceğiz.

KONUŞMA TAM METNi

2

FREUD'DAN BUGÜNE YARATICI - SANATÇI PSİKODİNAMİĞİNE BAKIŞ

Prof. Dr. Yusuf Alper
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Sanat ve psikiyatri ilişkisi uzun yıllardır sanatçı - yazar çevrelerinin ilgisini çekmiştir. Her iki tarafın da birbirlerine bakışında çeşitli önyargı ve yanlış anlamalar vardır. Psikiyatriye en çok eleştiri, bilinçdışı malzemeyi çok önemseyen ve çok kullanan kesimden gelmektedir. Onlar, psikiyatrinin, özellikle psikanalizin sanatçıları (tabii kendilerini) hasta ve yapıtlarını da ruhsal patoloji ürünleri olarak gördüğünü düşünmektedirler. Aslında gerçek bir sanatçı, yapıtına kimin nasıl, ne diye baktığını önemsemeyebilir. Onu değerlendirmek, eleştirmek, kategorize etmek başkalarının işidir ve istedikleri

gibi yorumlayabilirler. Ama çoğu zaman değerlendiriciler ile sanatçılar arasında bu nedenle çeşitli sorunlar yaşanabilmektedir. Sanatçı, psikiyatristi de bir eleştirmen; bilinçaltından bilince, her yönünü, gizini görebilen biri olarak görmektedir. Tabii Freud' un yazdıklarının çoğu yabana atılmasa da, bir fantaziden yola çıkarak Leonardo da Vinci hakkında yazdıklarını (6) gören sanatçıların ürküntü duymaması da olanaksızdır. Freud' un çok önemli şeyler söylediği ortadadır. Ayrıca dayanakları da gözönüne alındığında yazdıklarının çoğuna katılmamak olanaksızdır. Ama oldukça abartılı yorumlarının olduğunu da kabul etmek zorundayız. Akbaba ile ilgili bir çocukluk anısından yola çıkarak böylesine sonuçlar çıkarmak, oldukça abartılı bir yorumdur. Leonardo 'nun bebekken akbabanın kuyruğuyla ağzını açıp kuyruğunu birkaç kez dudaklarına değdirdiğine ilişkin anısı, onun cinsel sapması olduğu sonucunu doğurmaktadır (20).

Tabii Freud'un, arada çok önemli yaşam olaylarının ayrıntılarını inceleyerek çeşitli retrospektif veriler elde ettiğini de kabul etmek zorundayız. Benzer yorumlar Dostoyevski için de geçerlidir. Ama Freud'un bu konulara ne büyük enerji yatırdığını da görmezlikten gelemeyiz. Öte yandan, Freud'un edebiyat sürecinin hep dışında kaldığı, ürüne büyük ilgi duymakla birlikte, süreci zihninde canlandıramadığı; işin sırrına eremediği belirtilmektedir (20). Buna karşın Freud'un sanatçılara karşı büyük saygı duyduğu da belirtilmektedir. Bir yazısında Freud şöyle diyebilmektedir: "Ama yaratıcı yazarlar değerli müttefiklerdir ve onların sundukları kanıtlar büyük övgüye layıktır; çünkü onlar yerle gök arasında, bizim felsefemizin henüz düşünü bile kurmamıza olanak vermediği bir sürü bilgiye sahiptirler. Onların zihin konusundaki bilgileri, bizim gibi sıradan insanlarınkinden çok daha ileridedir, çünkü onlar bizim henüz bilim alanına sunmadığımız kaynaklardan yararlanmaktadırlar"(20). Freud'un sanatçı-yaratıcı kişilere bakışında hep ikilemin olduğu bildirilmektedir. Zaman zaman böylesine önemseyen düşünceleri ve zaman zaman da tam tersi yorumlamaları olmuştur. Freud'u izleyenler ise sanatçılara ve

yapıtlara yaklaşırken çoğu zaman ondan daha az alçakgönüllü davrandılar (20).

İnsanlar eski zamanlardan beri yaratıcılık ve ruhsal hastalık veya deha ve delilik arasında bir ilişki olup olmadığını merak etmişlerdir. Ondokuzuncu yüzyılda Lombrosso'nun etkisiyle deha, ailede kalıtsal olarak geçen bir hastalık gibi değerlendirilmiştir. Yirminci yüzyılda da yaratıcı kişilerin birinci derece akrabaları incelenerek bu ilişki desteklenmiştir. Çağdaş yazarların çarpıcı sayıda çok intihar etmeleri bu ilişkiye ilginin yenilenmesine yol açmıştır. Bu ilgiye karşın hemen hemen tüm çalışmalar yöntemsel eksiklikler taşımaktadır. Çoğu çalışma birincil olarak kişisel görüşme yerine başka veri kaynaklarına dayanmıştır (3,16). Bu da doğal olarak çalışma sonuçlarının güvenirliğini tartışılır kılmıştır. Zaten güncel çalışmaların çoğu yaratma sürecine ilişkin olmaktan çok yaratıcı-sanatçılar üzerine yapılan istatistiksel hesaplamaları içermektedir. Zamanın ruhunun buna elverişli olduğu açıktır. Çalışmaları yapanların çoğu da dinamik süreçlerle ilgili olmayan biyolojik eğilimli kişilerdir.

Genel olarak psikanalistler, sanatçının niçin duygularını dışa vurmak, boşaltmak ya da yüceltmek için belli bir etkinliği seçtiğini incelemeye pek önem vermemişlerdir. Sanat ve nevroz arasında pek ayrım yapmamışlardır. Sanat insanlığın nimetlerinden biriyken, nevrozun ise insanı ketleyen, yaşamını çekilmez hale getirebilen bir lânet olduğu ortadayken bunu yapmamak anlaşılabilir bir durum değildir. Yaratıcılık, belki de, psikopatolojiden çok "normal psikodinamik"le daha yakından ilgilidir ve belki de bugünkü psikanalitik düşüncenin yetersizliklerinden biri, bu ve başka bağlamlarda, normal ve nevrotik arasında yeterli bir ayrım yapamamasıdır (20). Bu, sanata yaklaşımda olduğu gibi günlük uygulamada da güçlükler doğuran bir sorundur. Freud bir konferansında "Sanatçı yapısı bakımından içedönüktür; nevroza uzak sayılmaz. Güçlü içgüdüsel gereksinimlerin baskısı altındadır. Onur, güç, servet, ün ve kadınların sevgisini kazanmak ister; ama bu doyum

kaynaklarını elde etme olanağından yoksundur. Sonuçta doyumsuz başka herkes gibi, gerçekliğe sırt çevirerek tüm ilgisini ve libidosunu, nevroza yönelebilecek olan kendi fantazi yaşamının dileklerini gerçekleştirmeye aktarır.” der. Bu konuda oldukça fazla eleştirilir. Tolstoy’un “Savaş ve Barış” ı, Betthoven ‘in “9. Senfoni” si sadece bu nedenle mi yaratılmışlardır? Freud’un görüşü bazı sanatçıların bazı yapıtları için kısmen ya da tümüyle geçerli olabilir ama insanlık tarihinin yaratılmış bütün yapıtlarını böylesi bir dürtünün güdümünde görmek, onu kabullenmek de olası değildir. İnsan varlığı, sadece bilinçdışıyla hareket eden bir çocuk mudur ? Onun bilinci, erişkinliği, tinsel değerleri, ülküleri, ileriye dönük elseverce düşünceleri yok mudur ? Elbette vardır ve büyük yapıtlar böylesi bir süreçten geçerek, estetik çerçeve içinde varolurlar. Bir ressamın resim yapması, sadece anal dönem saplantısıyla ilişkilendirilerek 3 yaşındaki bir çocuğun dışkısıyla oynamasının engellenmesine bağlanamaz. Yaratıcılık bütün bunlardan öte bir şeydir. Sanatçının saplantılarının olması, kişilik yapısının şizoid ya da histriyonik, fantaziye eğilimli vb. olması olasıdır ama her şeyi açıklayamaz. O zaman neden bütün anal dönem saplantısı olan kişilerin ressam-heykeltraş olmadıkları, bütün obsesif-kompulsif, histerik hastaların sanatçı değil de nevroz oldukları açıklanamaz. O nedenle de psikanaliz yaratma süreciyle ilgili olarak belirli düzeyde ve belirli çerçeve içinde bir şeyler söyleyebilir. Freud da zaten psikanalizin sanatsal yeteneğin doğasını aydınlatma, sanatçının çalışma yöntemlerini açıklamada bir şey yapamadığını belirtmiştir (5). Başka yaklaşımlar çok farklı bir konumda mıdır ? Bu soruya olumlu yanıt verebilmek olası değildir.

Yaratıcılık, varoluşa yeni şeylerin katıldığı bir zihinsel süreç; insan olma özelliklerinden biridir ve insanın uygarlaşmasıyla ortaya çıkar. Edgar Allen Poe, “The Raven” şiirini rastlantı ve sezgi ile değil, bir matematik probleminin kesin ve doğru sonucunun bulunması gibi adım adım ilerleyerek yarattığını belirtmiştir. Eğer doğruysa bu olağanüstüdür (5). Ama hemen belirtelim ki bu görüş ne Poe ‘ nun bütün yapıtları için ne de

yazılan tüm şiirler için tümüyle geçerli olamaz. Şiir ile matematik arasında yakın ilişki kuran bir çok önemli şair olmuştur ama bu daha çok sözcük ekonomisi vb. konulardadır. Öte yandan matematiğin de şiir gibi soyut alandan kaynaklandığı gibi bir düşünceyle yakınlık kurmak olasıdır. Şair Amy Lowell, ”Şiir nasıl yazılır? İçgüdümün yanıtı kesin: Bilmiyorum. Bu soru kendi şiirlerim açısından da sorulsa yanıtım değişmeyecek. Onlarla ilk kez bilinç düzeyine çıktıklarında tanışıyorum” diyor (5). Bu düşünce, biraz abartılı da olsa, oldukça fazla gerçeği barındırıyor. Ama tüm şairler ve tüm şiirlere genellenemez. Bilincin, bilginin, toplumsal etkileşimlerin şiire yansımasını, önemini tümüyle dışlamak olası değildir. Freud, bilinçdışını tanımlayıp psikanalizi ortaya attığında, yaratıcılığı, bilinçdışı uyarıların ve çatışmaların yüceltilmesi (sublimasyon) olarak betimlemişti (5).

Bazı yazarlara göre yaratıcılık; yalnızca saklı değil aynı zamanda değişik ve karmaşık, bileşik bir olgu, birbirinden ayırması güç yetenekler demetidir. Hiçbir insan yaratıcı deneyime bir başka insan gibi bakamaz. Çünkü yaratıcılığın tanımı kişiler ve disiplinlere göre değiştiği gibi aynı insanda farklı zamanlarda farklı anlamlar taşıyabilir. Yaratıcılığın yüzeysel kanıtları elimizde birikmiş bulunmaktadır (5). Olsa olsa bir buzdağının görünen kısmı. Gerisi hâla karanlıkta ve olası ki sonsuza kadar aydınlanamayacak.

Şüphesiz yaratıcı itkiyi kimse açıklayamayacaktır, herhangi birinin böyle bir şey yapmak istemesi pek olası değildir ama yaratıcı bir biçimde yaşamayla yaşamanın kendisi arasında yararlı bir bağlantı kurulabilir, yaratıcı tarz yaşamanın nasıl olup da yitirildiği ve bireyin, hayatın gerçek ya da anlamlı olduğu yolundaki duygusunun neden ortadan kalktığı incelenebilir (23). Bunun ülkemiz açısından ne denli büyük ve trajik bir sorun olduğu da ortadadır.

Nörofizyologlar ”hayal gücünün fizyolojisi” konusunda nörofizyolojik önermeler sunmuşlardır ancak kimse yaratıcı

beyinlerdeki nörofizyolojik ve nörokimyasal olayları bilmiyor (5).

Sanatçıların psikanalizden geçmeleri konusunda da çeşitli düşünceler vardır. Bazı yazarlara göre "gerçek sanatsal itinin varlığı durumunda, analiz yoluyla sağlanan daha büyük özgürlük sayesinde sanatsal kapasite artmış, ama sanatçı olma arzusunda salt nevrotik ve sanatla ilgisiz güdülerin etken olduğu durumlarda, psikanaliz durumu aydınlatmıştır" (11). Açıkçası bu ayrımın çok kolay yapılabileceğini kabul etmek zordur. İlk yapıtlarında çok yetersiz görünen bazı şair-yazarların zamanla; çok yıllar sonra , iyi bir gelişim ve değişimle oldukça düzeyli yapıtlar verebildiği görülmektedir. Öte yandan zamana gereksinimi olmayan, üst düzey yetenek taşıyan bazı genç insanlarınsa hemen düzeyli ürünler verebildikleri bilinmektedir. Cemal Süreya: "Bir şairin ilk dizeleri bir kumaşın ilk santimi gibidir", demiştir. Bu düşünce büyük oranda doğruluk payı taşımaktadır. Ama tersi durumlar da olasıdır. Çok iyi bir başlangıç yapıp daha sonra gelişme gösteremeyen, çeşitli nedenlerle ketlenerek ortalama bir düzey tutturan sanatçılar da olabilmektedir. Bu kişilerde bazen ruhsal sağlık sorunları ortaya çıkabilmekte ve gelişmelerini engelleyebilmektedir. Tabii böylesi kişilerde psikanalizin ketlenmeyi ortadan kaldırıcı, yaratıcılığı artırıcı etkisinin olabileceği söylenebilir.

Freud ve onu izleyen bazı yazarlar, sanatsal yaratıyı gerçek, olgun cinsellik yaşayamamayla ilişkilendirmektedirler. Onlara göre sanatçılar genital dönem öncesi oral, anal ya da fallik dönemlere saplanmışlardır ve o nedenle gerçek cinselliği diğer insanlar gibi yaşayamamakta, o nedenle fantazilerle telafi etmeye çalışmaktadırlar. Başka yazarlarsa bu düşünceye karşı çıkmakta ve sanatçıların sokaktaki insanlar kadar sağlıklı, iyi cinsellikler yaşayabildiklerini, hatta karşı cins için daha da çekici olduklarını, bir doyumsuzluk yaşamalarının söz konusu olmadığını belirtmektedirler (20). Şair-yazar, ressam vb. sanatçıların gerçekten karşı cinsle ilişkilerinin oldukça yoğun olduğu bilinmektedir. Ancak zaman zaman çok sık eş değiştirme

biçiminde işleyen ilişkilerin olduğu görülmektedir. Bunun da sanatçıların sanatlarından başka bir nesneye yoğun bağlanamamalarıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (20). Ayrıca çok sık eş değiştiren herkesin de sanatçı olmadığı görülmektedir. Öte yandan, karşı cinsle ilişkilerin hep sorunlu olmadığı, sağlıklı bağlanmaların da olabildiği kabul edilmelidir. Yani sanatçının cinselliğe bakışı ve cinsel yaşantısı asla ölçüt olamaz.

Sanatçıların cinselliğiyle ilgili bakış çeşitli zamanlarda değişmelere uğramaktadır. Ondokuzuncu yüzyıl yaşamöyküsü yazarları geçmişteki yazarları yalın ve sadık aile babaları olarak betimlerken modern yazarlar, ister geçmişteki, ister günümüzdeki sanatçılarda eşcinsellik eğilimi bulmaya yatkındırlar (20). Değerlendirmeler de moda gibi değişmektedir. Oysa sanatçının yaratması için cinsel tercihinin şu ya da bu yönde olmasının önemi yoktur. Yaratmanın anaç bir uğraş olmasını gerekçe göstererek, sanatçılarda eşcinselliği, olması gereken ya da avantaj sağlayan bir öge olarak görmek olası değildir. Ayrıca erkek sanatçılarda kadınsı özellikler olduğu düşüncesiyle birlikte çoğu yaratıcı kadında da erkeklerin ilgi alanına ortalamadan daha fazla ilgi duyma olduğu öne sürülmüştür (5). Oysa bunların ayrıntı olduğu ve asla genellenemeyeceği ortadadır. Sanatçılar arasında bekârlar kadar evliler, kadınlara düşkün olanlar kadar kadın düşmanları da bulunabilmektedir (20).

Freud'un sanat ve yaratıcılığa ilişkin bir başka görüşü de onun çocuktaki oyun eşdeğeri olduğu görüşüdür. "Çocuk oyun oynarken ne yaparsa, yaratıcı yazar da aynını yapar" der. Mutlu bir kişinin hiçbir zaman fantazi kurmadığı gibi bir düşünce de öne sürer. Fantaziyi doyumsuzluğun bir göstergesi olarak görür. Dolayısıyla da sanatçıları doyumsuz kişiler olarak değerlendirip yapıtları da onların doyumsuzluklarının bir telafisi, dilek doyurumu olarak kabul eder (20). Bu görüş bazı sanatçıların bazı yapıtları için kısmen kabul edilebilir bir düşünce olsa da bütün sanatçıları ve yapıtları kapsayabilecek bir sav olamaz. Hele büyük sanatçıların estetik düzeyi yüksek büyük yapıtlarını asla

kapsayamaz. Freud, yaratıcı yazarlığı bu biçimde " fantaziden başka hiçbir şey" olarak silip atarken, estetik kavramını gözardı etmektedir. Zaten Freud'un sanata bakışındaki temel sorun da budur: Estetik değerlendirmeden yoksun oluşu. Kendisinden sonraki yazarlarınsa daha yüzeyel baktıkları ve estetik kaygı taşımadıkları kabul edilmektedir (20).

Bu noktada D.W.Winnicott şunları belirtmektedir: Psikanaliz yaratıcılık konusuyla uğraştığında ana temayı büyük ölçüde gözden kaybetmiştir. Analitik yazar muhtemelen yaratıcı sanatlar alanındaki önde gelen bir kişiliği ele almış, birincil denebilecek her şeyi göz ardı edip ikincil ve üçüncül gözlemler yapmaya çalışmıştır. Leonardo da Vinci'yi ele alıp yapıtlarıyla bebekliğinde geçmiş bazı olaylar arasındaki ilişki hakkında çok önemli ve ilginç yorumlarda bulunmak mümkündür. Yapıtlarındaki temalarla eşcinsel eğilimini iç içe geçirerek bir sürü şey yapılabilir. Ama büyük şahsiyetlere dair incelemelerde bu tür şeyler üzerinde durmak, yaratıcılık düşüncesinin merkezindeki temayı es geçmek demektir. Bu tür incelemelerin sanatçıları ve genel olarak tüm yaratıcı insanları sinirlendirmesi kaçınılmazdır. Ana temanın, yani yaratıcı itkinin kendisinin etrafından dolaşılmaktadır (23).

Öte yandan psikiyatri günlük uygulamasında bazı kişilerde çok özgün düşünce ve yaratı tasarımları gözlenebilmekte ancak onlar bu tasarımlarını bir sanat yapıtı olarak dışa vuramamaktadırlar. "Sözgelimi şizofrenler çoğu kez özgün bir görüye sahiptirler. Dünyadan kısmen uzaklaşmış olmaları ve töresel etkilere karşı duyarsız olmaları nedeniyle dünyaya öylesine olağandışı bir açıdan bakarlar ki, insan keşke bu görülerini bir sanat yapıtına dönüştürselerdi diye düşünür. Oysa bunu başarabilen pek yoktur. Hatta eğer bunu başarabilseler belki de şizofren olmazlardı; bunun nedeni bir bakıma yaratma etkinliğinin kişiyi akıl bozukluğundan koruyabilmesi bir bakıma da sanatsal etkinlikte bulunmak ya da özgün bir düşünceyi algılanabilir bir biçime aktarmak için gerekli becerilerin kazanılmasının " güçlü bir ego ", yani birçok şizofrenin yoksun bulunduğu aktif

girişimci kişilik özelliği gerektirmesidir " (20). Bu sözler, Sait Faik 'in "Yazmasam deli olacaktım" sözlerini anımsatıyor. Gerçekten de sanatsal etkinliğin hem ruhsal bozukluklardan koruyucu hem de ruh sağlığı bozulmuş kişilerin tedavileri sırasında yardımcı etkisinin olduğu bilinmektedir.

Freud, yaratıcılığı, bilinçdışı uyarılmalar ve çatışmaların yüceltilmesi (sublimasyon) olarak görmüştür. Anal dönem saplantısı olan; ebeveynleri tarafından katı tuvalet eğitimi verilen çocuk dışkısıyla oynama vb. yerine, erişkinliğinde çamurdan seramik, heykel yapan bir sanatçı olmaktadır (5). Tabii bu görüşe çeşitli karşı çıkışlar olmaktadır: Bütün anal kişilik özellikleri olan insanlar neden heykelci ya da seramikçi değiller ? vb. sorular uzayıp gitmektedir (20).

Saldırganlık güdüleriyle dolu çocuk bu saldırganlığın engellenmesi veya benzer nedenlerle, bu içgüdüsünü, toplumun benimseyeceği, onaylayacağı, dahası alkışlayacağı bir konuma yöneltmekte ve çok iyi bir boksör olmaktadır. Bu ve buna benzer birçok varsayım vardır. Öte yandan bunun genelleme olduğu ve her sanatçı ya da sporcuyu kapsayamayacağı söylenebilir. Ayrıca, bir düşsel anıdan, fantaziden yola çıkarak (6) bir sanatçıya ilişkin bu kadar çok şey söylemek de oldukça abartılı sayılabilir.

Psikodinamik açıdan, yaratma süreçleri ve mekanizmaları yeteri kadar açıklığa kavuşmuş değildir. Bu alanda yeni araştırmalara gereksinim vardır. Yalnız, egonun sentez işlevinin yaratmada rol oynadığını söyleyebiliriz. Çünkü egonun sentez işlevi birbirine karşıt tutumları, değerleri, duygu ve davranışları ve ben-temsillerini bütünleştirmeyi ve uzlaştırmayı içerir. Çatışma halindeki düşünceleri yatıştırır ve yaratma sürecine güç verir (22).

Yaratıcılık konusunda önemli çalışmaları olan O.Rank'a göre sanat, gerçekliğin hem ifadesi hem de inkârı olarak, çocuk oyununa benzer. Oyun da, ilksel travmayı, ciddi olmayışın

bilincinde olarak, değersizleştirmek isteğiyle oynanır. Mizah ise, benin kendi bilinçdışına uyguladığı bastırmayı aşmanın en yüksek basamağıdır (15).

Yaratıcılıkla ilgili bir başka katkı da Melanie Klein'dan (1957) gelir. Bu katkı, Klein'ın saldırgan itkilerin ve yıkıcı fantezilerin bebeğin hayatının çok erken dönemlerinde ortaya çıktığını farketmiş olmasının ürünüdür. Klein bebeğin yıkıcılığı düşüncesini ortaya atıp gereğince vurgulamakla kalmaz, bir sağlık belirtisi olarak erotik ve yıkıcı itkilerin kaynaşmışlığı düşüncesini de yeni ve hayati önemde bir mesele haline getirir. Klein'ın önermesi onarım ve tazmin kavramını da içerir. Ama bence Klein'ın önemli çalışması bizi yaratıcılığın kendisine götürecek şeyler söylemez, bu yüzden de pekala esas meseleyi daha da belirsizleştirme yönünde bir etki yaratabilir. Yine de suçluluk duygusunun merkezi konumuyla ilgili çalışması bizim açımızdan önemlidir (23).

Freud'dan sonra psikanaliz, bilinçli ve bilinçdışı düşünüşler arasındaki farklı etkileşimlere odaklanmıştır. Kris, yaratıcı işlevi "ego hizmetinde gerileme (regresyon)" olarak yorumlamıştır. Burada ego, daha ilkel işlevsel düzeylere yönelir, ilkel bilinçdışı ve bilinçöncesinin (subconscious) etkilerine açık hale gelir. Kubik, yaratıcılığın başarısını bilinçöncesindeki düşüncelerin özgür olması ve bilinç-bilinçdışı tarafından engellenmemesine bağlamaktadır (5).

R.May, "ego hizmetinde gerileme" kavramını yetersiz bulmaktadır. Ona göre "ego hizmetinde gerileme" kuramını desteklemekte E.Kriss'in başvurduğu eser, otobiyografisinde kendi şiir yazma yolunu anlatan önemsiz bir şairin eseridir. Şair öğle yemeğinden sonra yarım litre birasını içer ve yürüyüşe çıkar. Bu uyurgezer duygu ortamındayken şiirleri çıkar gelir. Kris, bu kuramıyla edilginlik ve alıcılığı yaratıcılık ile çakıştırır, der May. Öğle şekerlemesinde şiir yazarsanız, şiirinizi öğle şekerlemesinde okurlar diye sürdürür sözlerini. Yaratıcılığın sık sık bir gerileme fenomeni olarak görünebileceğini ve sanatçıda

arkaik, çocuksu, bilinçdışı ruhsal içerikleri ortaya çıkarabileceğini de kabul eder (13). Bu anlayışa göre, yaratıcı kişi, ego kontrolunda çok daha ilkel düzeylere kadar inmekte, bilinçdışı materyeli estetik boyutlarıyla dışa vurmakta, bilince getirmektedir. Birincil süreç düşünce; imgesel, simgesel, karmaşık anlatımın egemen olduğu, sistemsiz, dağınık, anlam bütünlüğü olmayan bir durum söz konusudur. Oysa ikincil süreç düşüncesinde ise herşey düzgün, mantıklı ve anlamlı biçimde bir başka insana düşünceler iletme amacıyla oluşturulmuştur. Sanatçı bir bakıma bu yalın, düz anlatım dünyasından karmaşık simgesel, imgesel anlatım dünyasına akınlar düzenlemekte ve ele geçirdiği ganimetleri alıp ikincil sürecin anlam egemen dünyasına taşımaktadır. Bunu yaparken yol boyunca yaşanan etkileşimle birincil sürecin dağınık imgeleri biraz daha derli toplu, biraz daha anlamlı ve yalın hale gelmektedir. Tabii daha sonra da sanatçının o malzeme üzerinde bilinçli olarak çalışması, kesip biçme, yontması başlamaktadır.

H.Hartman, sanatlar ve büyüsel etkinlik arasındaki ilişkiyi biliyoruz diyor ve şöyle sürdürüyor: ″Artistik yapı (form) bazı büyüsel kaynaklar barındırır. Sanatın oluşum sürecinde bir işlev değişimi olur: Kris (1934) büyüsel olarak başlayan etkinin sanatsal değere dönüştüğünü göstermiştir. Burada evrim iki yönde olur; biri gerçek (rasyonel ve sonuçta bilimsel) olanı, diğeri sanatsal olanı temsil eder. Bu evrimin en açık son ürünleri; saf gerçekçi temsil olarak bilimin kavramsal dili ve şiir dilidir. Sanat kesinlikle saf arkaik bir kalıntı değildir. Artistik yaratı süreci sentetik (bireşimsel) çözümün ilkörneği (prototipi)dir ve bu, 1917′ de Freud tarafından tanımlanan sosyal gerçeklikle olan ikincil ilişkisinden dolayı fantazi ile arasındaki en önemli farktır (7).

Temel sorunlardan biri yaratıcı edimde doğan simgeler ve mitlerin doğasıdır. Simge ve mit, bilinç alanımıza, çocuksu, arkaik endişeler, bilinçdışı özlemleri ve benzeri ilkel ruhsal içerikleri getirir. Bu onların geriye bakan (regressive) yönüdür. Ama aynı zamanda, sadece öznel olmayan, ikinci kutbu bizim

dışımızda olan bir gerçekliği de açımlayabilirler. Bu simge ve mitin ileri bakan (progressive) yönüdür. Geleneksel Freud'cu psikanaliz yaklaşımında neredeyse tümüyle görmezlikten gelinen, simge ve mitlerin bu ileriye bakan yönüdür (13).

Biraz daha farklı bir boyut getiren Arieti düşünüşü üç kategoriye ayırır; birincil süreç; ki irrasyoneldir ve temel olarak bilinçdışıdır ; ikincil süreç ; rasyonel ve günlük normal bilinçli yaşamın bir parçasıdır, üçüncül (tersiyer) süreç ise birincil ve ikincil sürecin birlikte olduğu , büyüsel bireşimin (majik sentezin) olduğu , yeni şeylerin yaratıldığı süreçtir. Yani yaratıcı eylemin olduğu, ortaya bir estetik yapıtın çıkartıldığı düşünsel kategoridir (5).

Bir bakıma birincil süreç düşüncesinden doğan bilinçdışı imgeler, düşünüşler, duyuşlar ikincil süreçle etkileşime girmekte ve sanatsal yaratılarda üçüncül süreç işleminden geçerek sanatsal yaratı oluşmaktadır.

Ruhsal hastalıklarda (psikozlarda), bilinçdışının ham malzemesi (yani birincil süreç düşünce ürünleri) olduğu gibi ortaya dökülmekte, irrasyonel bir yığın olarak; sanatsal bir düzeye ulaşmamış bir nesne olarak kalmaktadır (22). Oysa sanatçının yaratıcı işlevinde bütün bu süreçler etkileşime girmekte ve ortaya estetik bir ürün çıkmaktadır.

Yaratıcılık süreci kişiden kişiye, bir disiplinden bir başka disipline (şiir-resim gibi), yaratıcılık yaşantısının kendisi aynı kişide farklı zamanlarda farklı bir süreç olarak ortaya çıkabilmektedir. Bugün yaratıcılığın çok çeşitli, yüzeyel belirtileri hakkında daha fazla bilgi toplanmış bulunmaktadır (5). Ama derinlikli olarak neler yaşanıyor, nasıl bir süreçten geçiliyor, pek fazla bilinmemektedir.

Ego psikolojisi kuramına göre, id'in (içtepiler, dürtüler alanının; bilinçdışının) tipik işlev biçimi birincil süreç, egonun tipik işlev biçimi ise ikincil süreç olarak nitelendirilir. Birincil süreçler, içtepilere, içgüdülere ya da isteklere bağlıdır ve haz ilkesine

göre işlev görürler. Gerçeklik ilkesine bağlı değildirler, düşlerde, fantezilerdeki gibi yer ve zaman kategorilerine bağlı olmayan, mantık dışı, karmaşık bir işleyişleri vardır (22). Güncel yaşantıda espriler, şakalar sırasında ikincil süreç bir süre için askıya alınmakta ve birincil süreç baskın duruma geçmektedir. Aynı şey yaratma edimi sırasında da olaylanmaktadır. Sanatçı, yaratma sürecinde bilinçdışının imgeleri, simgeleri, metaforlarını kullanmak amacıyla benzer biçimde birincil süreçten yararlanır. Bu bir yaratıcı ego gerilemesidir ama yaratıcı kişi, iyi bütünlenmiş egosuyla hiç tehlikesizce bu yaratıcı gerileme ile uğraşabilir (22). Tabii yeterince iyi bütünlenmemiş egosu olan kişilerin de sanatsal yaratma amacıyla uğraşacakları ve psikoza girebilecekleri de belirtilmelidir. Bu kişilerin psikotik atak sırasında ortaya koydukları ürünlerin estetik açıdan yetersiz ve bütünlenememiş ürünler olması kaçınılmazdır. Ancak atak dışında oluşturdukları yapıtların yine yeniden sanatsal yapıt düzeyine ulaşmaları da beklenebilir. Ama sanatsal yaratıyla hiç ilgisi olmayan ürünler ortaya koyan psikozlu kişilerin varlığı da bir gerçektir. Ruhsal hastalığı olan kişilerin belirtileri de bir yaratı ürünüdür ama estetik boyuttan yoksun bir negatif yaratı söz konusudur. Gerçek yaratma, birincil süreçlerin ikincil süreçler tarafından sadece gereç olarak kullanıldığı ve ikincil süreçlerin de yüceltmeyle (süblimasyon) objektifleşmiş geist kategorisinde biçimlendiği yerde vardır. Saçma (absürd, unreal) alanda ortaya çıkarılan ürünlerin gerçek sanat yapıtı (objektifleşmiş geist) olmaları söz konusu olamaz. Gerçeküstü alanda ya da üst gerçekçilik de denilen alanda ise ortaya çıkarılan yapıtlar estetik değer taşıyan ürünlerdir. Bunlar da düz gerçeğin dışında (irreal) özellikler göstermekle birlikte estetik bütünlüğe ulaşmış yaratılardır (22).

Freud'un yaklaşık 100 yıl önce yazdığı yazılar; ortaya attığı düşünceler psikanalistler tarafından yeniden ele alınmakta ve irdelenmektedir. Bunlardan biri de Freud'un "Yaratıcı Yazarlar ve Gündüzdüşleri" başlıklı yazısıdır. Freud'un 1908 yılında yazdığı bu yazısı en temel yazılarından biridir. Kısaca şu görüşler vurgulanmıştır: Mutlu insanlar fantazi kurmaz

mutsuzlar kurar. Fantazilerin kaynağı doyurulmamış arzulardır ve her bir fantazi bir arzu doyurumu, tatmin edici olmayan dış gerçeğin düzeltilmesidir. Başlangıçta bilinçdışı fantazi terimi içgüdüsel arzunun zihinsel temsiliyle temelde benzerdi. Bununla beraber, topografik varsayımdan yapısal varsayıma geçişle birlikte bilinçdışı fantazi oluşum anlayışı değiştirildi. Bu yeni bakış açısı şunu ifade ediyor ki fantazi orijinal arzuyu sadece içine almakla kalmıyor aynı zamanda baskılara karşı savunuyor (14).Yaratıcı yazar ile oyun oynayan çocuk benzerdir. O, düşsel, dış gerçeklikten ayrı olarak duygularını ifade ettiği bir dünya yaratır. Çocuk büyüdüğünde oynamayı bırakır ya da bırakmak zorunda kalır ve fantazi kurar (17).

Arlow'a göre (1969a,1969b) bilinçli ve bilinçdışı gündüzdüşleri süreklilik gösterir ve bütün fantaziler şöyle ya da böyle organize olmuş, dürtü, savunma, süperego emirleri ve gerçekliği bütünleştirmiştir. Bununla beraber, fantazinin psikanalitik formülasyonu, değişik teorisyenler ve değişik bölgelerde farklılaşmıştır. Ana iki ayrı düşünce Freudcu ve Kleincı teorisyenler arasındadır. Kleincı psikanalistler, bilinçdışı fantazi düşüncesinin doğuştan geldiğini söylerler ve bilinçli fantazi (fantasy) ile bilinçdışı fantaziyi (phantasy) ayırırlar (14).

Çağdaş Freudçu bakışın taraftarları olan Sandler ve Sandler'e göre Freud oyun ve gündüz düşünü arzu doyumu yerine koymuştur. Çocuk büyümek ve yetişkin olmayı arzularken erişkin, düşlerinde tutkulu ve erotik olmayı arzular (17).

Freud yazarın romandaki iyi-kötü tiplerini kendi egosunu bölmesinin yansımaları olarak görür. Doğal ki bu bölme şizofrenik bir bölme değildir. Ego kontrolunda, egonun sentez gücü çerçevesinde bir bölme olabilir. Gündüz düşlerinden başkaları zevk almazken yaratıcı yazarın yazdığı, estetize ederek bir forma soktuğu yapıttan başkaları da zevk alırlar (17). O nesneyi sanat yapıtı yapan şey de budur.Yazar sadece bilinçdışı değil bilinçli fantazilerini de kullanır.

E.Casaula (1991), "Artistik eylem, estetik bir deneyim olarak, farklı bir düşünce işleyişince yönetildiği için yok saymayı ya da kesip atmayı öğrendiğimiz zihnimizin ifadesiz (mut) kalmış bir parçasını keşfetmemizi sağlar", demektedir. J.A Infante'ye göre ise, sanatçı, duygularını, heyecanlarını kabul ettirmeye yönelik olağan iletişim kanalları bulamayıp varlığını bu işleviyle; sanatıyla vurgular. Ona göre artistik yaratıcılığın işlevi birçok yönden rüyaya benzer. Genellikle bastırılmış arzuların doyumunu temsil eder ve travmatık ya da yasla ilgili durumları zihinsel olarak işleme (workh through) girişimidir; ki bu bazen bir mesaj iletmeye hizmet eder. Rüyalarda birincil süreç düşünce biçimi egemenken sanatsal yaratıda birincil-ikincil süreçler arasında uyumlu bir ilişki olmalıdır (8).

H.Segal (1991), "Artistik dürtü özellikle Kleincı depresif konum ile bağlantılıdır ve iç dünyamızdaki hasarın onarımı veya kaybedilmiş nesneleri yeniden bulma gereksinimindendir", demektedir (19). Tabii insanlık tarihi açısından kaybedilmiş nesnelerin en büyüğünün "kaybedilmiş cennet" olabileceği anımsanmalıdır. Onun için milyonlarca insan o cenneti yeniden bulmak için yoğun enerji harcamaktadırlar. Bazı sanatçılar da kendi biçemleri ve yetenekleriyle böyle bir yol bulmuş olabilirler.

Klein'a göre, sevme ve yıkma itkilerinin çatışması depresif konumun merkezi özelliğidir. Baskın kaygı depresif kaygıdır, ölüm içgüdüsünün güç kaynağıdır ve sevilen anneyi tahrip edecektir. Hasar görmüş nesnelerin onarımı bebeğin sevme kapasitesine olan inancını artırır, suçluluğunu azaltır, kayıpla ilgili kaygısını daha aşağı düzeye indirir ve iyi iç nesnelerin temellerini atar ki bu da sağlıklı gelişme ve yaratıcılığı sağlayacaktır. Onarım girişimi Kleincılar tarafından yaratıcı dürtünün önemli bir belirleyicisi olarak görülür (4). Bu bakışla sanat yaratma eyleminin tümüyle kişinin kendisini onarma çabası olarak yorumlandığı söylenebilir. Giderek tüm insanlığı onarma çabası ve kaybedilmiş cennete (nesnelere) bir ağıt olduğu sonucuna varılabilir. Tüm sanatçılar için olmasa bile en azından bazı sanatçılar için böyle olduğu kabul edilebilir. Sanatın

ve yaratıcılığın sağlıklı ve sağaltan bir yönünün olduğu da anlaşılabilir.

E.Jacobson'a göre Kriss (1952) yaratıcı kişilerin egolarının idlerine doğru gittiği ve tekrar döndüğünü; bunun idin ego hizmetinde kullanımı olduğunu çok güzel tanımlamıştır. Kriss, yaratıcı kişilerin yüceltme (sublimasyon) kapasitelerinin özel bir yetenek olduğunu, idin en derindeki enerjisinden türlü yollarla psişik enerji emebildikleri ve bunu da doğrudan yaratıcı etkinlik kanalına yönelttiklerini belirtmiştir (9). Jacobson şunları söylemektedir: İnanıyorum ki bu yeti, böylesi kişilerde özel bir enerji akışkanlığı ve elastisite (esneklik) yeteneği gerektirmektedir ki, bu hızlı dürtü dönüştürme, birleştirme ve nötralize etmeye izin vermektedir. Bu dürtü elastikliği, yaratıcı süreç boyunca ide yaklaşma ve ondan uzaklaşma biçiminde süren hareket (fluktüasyon) kapasitesini açıklar. Bunun ötesinde, yaratıcı kişilerdeki bu enerjik elastisitenin onların oralite eğilimlerinin ön planda olmasıyla birlikte olabileceğini sanıyorum. Ayrıca onlar bir konuya yoğun enerji yatırırken dış dünyadaki başka objelere ilgisiz kalabilirler ki o da çocuktaki oraliteye benzer.Yaratma bittikten sonra yatırımını (kateksis) yine diğer nesnelere dağıtırlar. Ayrıca yaratma sürecinde dış dünyaya ilişkin unutkanlıklar vb. olurken yaratıcı eylem bittikten sonra; yaratma gerginliği ortadan kalktıktan sonra olağan yaşam biçimi ve ilgilerine dönerler (9).

Yaratıcı delikanlılara (adolesan) ilişkin gözlemler, yaratıcı kişilerdeki bu elastiklik ve akışkanlığın onların ego savunmalarını da içine aldığını düşündürmektedir. Jacobson'a göre bu kişiler daha az katı (rijid) savunma sistemlerine sahipler ve savunmalar bir diğerine değişebiliyor (9). Bu da ideolojik vb. çeşitli kamplaşmalarda bu kişilerin ortalama insanlar gibi davranamadıklarını, karşıt gruptan kişilerle de insani ilişkiler kurabildiklerini, haksızca hain ilan edilip bu yüzden dışlandıkları durumunu açıklayabilir. Ayrıca bütün bunlar yaratıcı sanatçıların güncel yaşantıda zaman zaman uyum

sorunları yaşamalarını da açıklar. Herkes gibi bir eş, baba, anne, memur vb. olamamaları gibi.

Freud'a göre nesne libidosu narsisistik libidoya dönüşüp cinsel amaçların yerini alır ki bu deseksüalizasyon süreci bir yüceltme çeşididir (9).Sanatsal yaratıda bunun olaylandığı düşünülür.

Bu noktada şunların altını çizmekte yarar var: Yakın zamana kadar sanatçılık ve ruhsal hastalık ilişkisi dendiğinde genellikle akla gelen ve karşılaştırılan hastalık şizofreni ya da benzer psikozlar olmuştur. Oysa son yıllara doğru (özellikle son 25 yıldır) sanatsal yaratı ile affektif hastalıkların ilişkisinin daha yakın olduğu, birçok yaratıcı yazar, ressamın herhangi bir afektif hastalığının olduğu saptanmaktadır. Bu afektif hastalıklar özellikle bipolar bozukluk ve major depresyondur. Bipolar bozukluğun da daha çok tip II olduğu belirtilmektedir. Bir çalışmada 30 yaratıcı yazar incelenmiş ve yazarların % 80 'inin yaşamlarının bir döneminde bir afektif bozukluk geçirdikleri (normal kontrol grubunda % 30) , hastalıklarının % 43 'ünün bipolar doğada olduğu saptanmıştır (3). Birçok yöntemsel eksikliklerine (16) karşın benzer sonuçlar elde edilen başka çalışmalar da vardır. Bir çalışmada New York Okulunun soyut dışavurumcu ressamları incelenmiş, 15 sanatçıdan 8' inin depresif bir bozukluğunun olduğu, 2' sinin intiharla, ikisinin de yalnız araba kullanırken kazayla (yazarlar intihar olarak değerlendirmektedirler) öldüğü; 7' sinin alkolik olduğu, 6'sının ruhsal tedavi gördüğü gibi bulgular elde edilmiştir (18). Çalışmacılar yöntemsel eksiklikleri ve veri toplama yanlışları nedeniyle eleştirilmişlerdir (16).

Bazı ruhsal durum ya da bozukluklarda yaratıcı sürecin hızlandığı belirtiliyor ama ne bipolar II olmak ne şizofreni ne nevroz hiçbir biçimde yaratıcı süreci açıklayamıyor. Hastalık ya da bozukluk düzeyinde bir patoloji ile yaratıcılık arasında herhangi bir ilişki bulunabilmiş değil. Ancak sanatçı- yaratıcı kişilerin genel olarak içedönük, fantezi kurmaya eğilimli, sosyal

ilişkilerden çok hoşlanmayan ya da zaman zaman kaçınan kişilik yapılarının olduğu belirtilmektedir (5). Ancak bu bir genellemedir. Son derece dışadönük, konuşkan, neşeli kişilik yapıları olan sanatçılar da vardır. Görüldüğü gibi genel bir eğilimden sözedilse de birebir bir ilişki kurulması sözkonusu değildir. Ayrıca tıpkı sağlıklı insanlar gibi bipolar duygu bozukluğu, nevroz vb. olan insanların da yaratcı süreç yaşayabilecekleri ve sanat eseri ortaya çıkarabilecekleri ortadadır. Ancak asıl sorun, birincil süreç düşünce egemenliğinin olduğu bilinçdışı malzemelerin estetize edilebilmesi ve bütünlüklü bir sanat yapıtana dönüştürülebilmesidir. Bunun ağır durumdaki bir manik, depresif ya da şizofren bir hasta tarafından yerine getirilmesi olanaksızken hafif durumda ya da iyilik dönemlerinde olası olduğu kabul edilebilir.

Yaratma eylemini bir ruhsal bozukluk olarak görmek yerine, ne olup bittiğini anlamaya çalışmak gerekmektedir. Bu, sanat, bilim adamları ve tüm insanların ilgisini çekmesi gereken bir konudur (13). Ama ne yazık ki ülkemizde bu alanda düşünce ve bilim üretme son derece kısıtlıdır.

Öte yandan, Jung'un, sanatçıya ve sanata bakışı çok daha yakın ve sıcaktır. Ortaklaşa (kollektif) bilinçdışının taşıyıcıları olarak sanatçıyı insanlık tarihinde üstün özelliklerle ayrı bir yere koyar. Jung, kişisel bilinçdışının ortaklaşa bilinçdışının bir parçası olduğunu belirtmiştir. Burası insan ve hayvan geçmişinden "arketipler" içerir. Sanat yeteneği olan insanlarda bu arketiplerin bilinçdışı canlanması olur ve sanat ürünleri ortaya çıkarırlar (5). Bir anlamda sanatçılar, insanlığın ortak bilinçdışı deneyim ve kültürel özelliklerini çağa, güne taşıyan kişiler olmakta ve evrensel bir işlev görmektedirler. Ortaklaşa bilinçdışı kişisel değil evrenseldir, evrenin bireyde yansıyan bölümüdür. Jung, dörde bölünmüş (mandala) ve tekerlek biçiminde (cakra) diye adlandırdığı yapıların tarih boyunca sürekli yinelendiğini ve bunların insanlığın ortaklaşa bilinçdışını temsil ettiklerini belirtmektedir. Nevrozlar ya da başka hastaların da

arketipsel belirtileri olabilmektedir. Ancak sanatçılığı nevroz eşdeğeri olarak görmek olası değildir (5). Ayrıca Jung çok önemli bir noktanın altını çizmiştir: Sanat eserini ve sanatçıyı inceleme ayrı şeylerdir. İlk durumda , somut ve kesin olarak şekillenmiş bir sanat yaratışını psikolojik bir çözümlemeden geçirmemiz; ikinci durumda ise, canlı ve yaratıcı insanoğlunu tek bir kimse olarak ele alıp çözümlememiz gerekir. Bu iki çalışmanın birbirleriyle ilintili olduğu kesindir ancak birebir bir ilişki kurarak sonuçlar çıkarmak olası değildir. Psikoloğun bir edebiyat eserini incelemesi ile bir edebiyat eleştirmeninin incelemesi arasında bir ele alış farkı vardır. Biri için çok büyük önem taşıyan şey diğeri için hiçbir önem taşımayabilir. Sanatı kişisel faktörlere indirgeme bizi sanat eserinin psikolojik incelenmesinden uzaklaştırıp, şairin psişik problemi ile karşı karşıya bırakır ki bu da klinisyeni ilgilendiren bir durumdur. Yaratıcı insan, çeşitli biçimlerde çözmeğe çalıştığımız halde, her zaman başarısızlığa uğradığımız bir bilmecedir. Her yaratıcı insan, çelişken yatkınlıklarının bir sentezi ya da bir ikiliğidir. Bir yandan, kişisel hayatı olan bir insan bireyidir, öte yandan kişi-dışı , yaratıcı bir süreçtir. İnsan bireyi olarak psişik yapısına, sanat gücü açısından ise mutlaka yaratıcı işlerine bakmamız gerekir (10).

Bu noktada sosyal psikolojinin temellerini atan ve insanın sosyal bir varlık olduğunu vurgulayan Adler, yaratma eyleminin sanatçıların, bilim-kültür adamlarının kendi eksiklik ve yetersizliklerinin telafisi amacını taşıdığını belirtir (13).

Bir başka tanıma göre de yaratma süreci, ruhsal varlığın bilinçdışı alanı ile objektifleşmiş geist varlığının (sanat yapıtı) arasında yer alan ve bu iki varlık alanı üstünde gelişen bir oluşumdur. N.Hartman'a göre geist (tin)'in iç içe, birbirinden ayrılmayan ve ontik bütünlük içinde olan üç türlü varlık biçimi vardır. Bunlar kişisel geist, objektif geist, objektifleşmiş geisttir. Sanat yapıtları objektifleşmiş geistin tipik temsilcileridir. Yaratılmış olan geist, irrealitesiyle, yaratıcı geistin alın

yazısından kurtulup ölümsüzleşmekte ve sonsuza kadar yaşamaktadır (21,22).

İlkel dönemlerde, insanın sadece başka canlılarla savaşıp canlı kalabilmesini sağladığı dönemlerde yaratıcılığın olması düşünülemez. Giderek balta, yay, ok vb. ilkel savaş aletleri yapma; barınmak için ev ya da benzeri bir mekana gereksinim ortaya çıkışıyla da mimari yaratıcılık; başlangıçta zenaat olarak, ilkel düzeyde de olsa insanın gündemine gelmiş oluyor. Bu da yine ilkel düzeyde, çok az da olsa uygarlaşmanın başlangıcı demektir.

Varoluşçular; S.Kierkegaard, M.Heidegger ve K.Jaspers, insanın ancak ölümle karşı karşıya geldiği vakit kendisine, kendi bireysel varoluşuna döndüğünü ileri sürerler. *Momento mori* (dikkat ölüm!) Heidegger'de varoluşu hatırlatır. Ölüm düşüncesi insanı hakiki varlığa, bireyselliğe ve özgürlüğe götürür (22). Trajik konumunun; kendisi istemese de bir gün ölüp gideceği gerçeğinin farkında olmanın sanatsal yaratı için çok önemli bir öge olduğu söylenebilir.

May' a göre sanatçılar genellikle kendi iç imgeleri ve hülyalarına dalmış yumuşak huylu insanlardır. Ama tam da bu, onları baskıcı bir toplum için korkulu kılar. Şair S. Kunitz , " şair şiirlerini öfkesinden çıkarır yazar" der. Öfke toplumlarda bulunan adaletsizliğe karşıdır. Ama eninde sonunda tüm adaletsizliğin prototipine karşıdır: Ölüme.

Psikanalizin indirgeyiciliğine, yaratmayı nevrotik bir sürece ya da çocukluk takıntılarına bağlamasına şiddetle karşı çıkan May'a göre " yaratıcı süreç sayrılığın sonucu olarak değil, duygulanımsal sağlığın en yüksek derecedeki betimi, normal kişilerin kendilerini gerçekleştirme edimlerinin bir dışavurumu olarak keşfedilmeli. "Kişinin benliğiyle onu karşılayan, sürekli etkileşim içinde olduğu dünya arasında kesintisiz bir karşılıklı etkileşim vardır ve yaratıcı-sanatçı yapıtını bu etkileşim yoluyla

oluşturur. Sanat yapıtına, sadece kişinin kendi öznelliği içinde varolan bir varlık olarak bakamayız (13).

Psikiyatristlerin yaratma sürecine bir patoloji olarak değil insanın çok özel bir yaşantısı olarak bakmaları gerekmektedir. Ancak yaklaşımlar farklı olabilir. Toptan yargıyla bütün psikiyatriye kuşkuyla bakmak yersizdir. Bir şair, psikiyatrinin babası Freud'a şu soruyu sorabilir, sormalıdır: " *Her oğulun yüreğinde bir katil yatar/ Mı dersiniz Freud hazretleri/ Yoksa önce kurban sonra mı katil yatar/ Babanın bağrına oğul dayar mı hançerini* "(1). Bütün insanlık tarihi ve kültürüne egemen olan şeyin sadece ödipal kompleks olmadığını, başka birçok etkenin olduğunu, çocukluktaki narsisistik örselenmelerin, sosyal baskı ve belirlemelerin de öncelik taşıyabileceğini öne sürebilir.

Freud'dan sonra bu alanda, birçok kişi düşünce üretmişlerse de, yaratıcılığa narsisistik açıdan yaklaşan H. Kohut'un kendilik psikolojisi öne çıkmaktadır. Kohut, temelde narsisizm üzerinde çalışan bir psikoterapisttir. Önceleri psikanalitik yaklaşım içinde iken giderek o anlayıştan uzaklaşmıştır. Kohut'a göre narsisistik kişilerin analizinde çok önemli yaratıcı değişmeler yaşanabilmektedir. İnisyatif alarak iş yapabilmekten sanat ve bilim alanında önemli çalışmalara kadar geniş bir yelpazede, yaratıcılıkta artış ortaya çıkar. Yaratıcılıktaki artış özgül olarak hem büyüklenmeci kendilik (self) hem de idealleştirilmiş ebeveyn imagosu *(anne- baba imgeleri)* alanında donmuş narsisistik yatırımların etkinleşmesiyle ilgilidir (11).

Bu, yastık altı paraların ekonomiye katılmasına ya da kendilikte, atıl halde duran, kişinin yoğun enerjisini bağlayan, emen bir tutumun çözülmesi, atın dizginlerinden kurtularak koşmasına benzetilebilir. At tümüyle dizginsiz ve başıboş koşarsa ne olacağı tahmin edilebilir. Onun için dizginlerin gevşemesi, ancak uygun yollarda koşulması gerekmektedir. Psikoz çukuruna düşülebilir.O nedenle narsisistik yatırımların etkinleşmesi dikkat gerektirir. Aslında bu kişilerin yüzeyde görünen

megalomanilerinin altında derin bir aşağılık duygusunun yattığı bilinmektedir (11)

Ama bu noktada şu soruya yanıt gerekmektedir. Bütün sanatçı-yaratıcı kişiler narsisistik midir? Bencil, megaloman bir çok sanatçı görülmektedir ancak son derece elsever, bilge, alçakgönüllü birçok sanatçı- yaratıcının da olduğu bir gerçektir. Gerçi Kohut'un böyle bir savı yoktur. Kohut'un altını çizdiği şey narsisistik kişilerin analizinde yaratıcı özelliklerin artmasıdır. Ayrıca şunu da der Kohut; eğer analize alınan kişi, yetenekli, gerçek bir sanatçıysa, yaratıcılığı artmakta, çok daha başarılı eserler verebilmektedir. Kişi sanatçı değil, önemsiz şeyler yazan-çizen biriyse o zaman da bu durumunun farkına varıyor, narsisizmini çözmüş olarak, bir bakıma nevrozundan kurtulmuş olarak, daha mutlu bir yaşam sürüyor. Yani burada söz konusu olan tüm sanatçılar değil narsisistik kişilikli sanatçılar olabilir. Kohut, bilim adamlarının da buluşlarıyla yaratıcı olduklarını ve eserlerine bağlanma ve narsisistik yatırım yapma yönünden sanatçılardan bazı farklılıklarının olduğunu belirtmektedir (11).

Narsisistik kişilerin kişiliklerinin derininde, aslında çocuklukta yaşanılan örselenmelerle, sağlıklı anne- çocuk (aynalama) ilişkisinin olmaması; annenin çocuğuna yeterli sevgi göstermemesi; Winnicott'un tanımıyla yeterli annelikle kucaklayıcı çevre sunamaması, babanınsa çocukla yeterince ilgilenmeyerek onun için ideal baba imgesi oluşturamaması yatmaktadır (11). Bu kişiler bir bakıma zincire vurulmuşlardır. Yazdığı üç beş şiirle dünyanın en büyük şairi olduğunu sananların yaşadığı süreç ne yazık ki budur. Derinliklerindeki aşağılık duygularının yansıması olan bu megalomani ve narsisizm kısır döngüsünü kırdıklarında gerçek sanatçı olacak ve büyük yapıtlar yaratacaklardır.

Bütün bunlar yaratıcı-sanatçı olmanın zorunlu koşulu mudur? Elbette değildir. Bu durumlar ve sorunlar yalnız bize özgü de değildir. Birçok çağdaş, Batılı sanatçı, yazar geleneklere karşı çıkabilir, kendilerini toplumun kıyısında yaşamaya mahkum

edebilir, kızgınlık yaşayabilir, tuhaf davranabilir, çok içebilir. Ama aslında sanatçı ya da yazarın yaşam tarzının popüler davranış kalıplarına uyup uymamasının yaratıcılık kapasitesi üzerinde pek az etkisi vardır. Her zaman ve her yerde dahiler anıtsal sanat yapıtı üretebilmişlerdir, hem de ille uyumsuz, deli ya da sapkın olmaları gerekmeden (12).

Bu noktada şunlar da sorulmalıdır: Tüm narsisistik örselenme yaşamış insanlar şair- sanatçı mı oluyor? Elbette değil. Her şair yazar böylesi narsisistik örselenmelerden geçmiş midir? Tabii ki değil. Ancak narsisistik örselenmeler yaşamış birçok insan nevroz ya da narsisistik kişilik vb. batağında yaşamını ve çevresindekilerin yaşamlarını altüst ederken bazı narsisistikler de o kabuğu kırıp gerçek şair- yaratıcı olabiliyorlar. Bazıları büyük şairler de olabiliyorlar. Onlar bunları haketmişlerdir. Haketmeyenler edebiyat tarihinin çöp sepetindedirler. Tabii önemli şair yazar olduktan sonra o insanların ne kadar narsisistik oldukları artık kimseyi ilgilendirmez. Olsa olsa bir terapiste gidiyorlarsa (ki pek olası değildir) terapistlerini ilgilendirir.

Analistler bireyin psikolojisini, dinamik gelişme süreçleri ve savunma örgütlenmesini, itki ve dürtüyü birey açısından betimlemek için her türlü çabayı gösterdikleri halde, yaratıcılığın ortaya çıktığı ya da çıkmadığı (başka bir deyişle kaybedildiği) bu noktada kuramcının çevreyi de hesaba katması gerekir; bireyi çevreden kopuk ele alan hiçbir önerme yaratıcılığın kaynağıyla ilgili bu temel soruna değemez (23). Bu noktada Kohut'un Winnicott'la yakınlığı ya da ondan yararlanışı dikkati çekmektedir. Yakın çevre tutumları; anne-baba ilişkisi ve sıcaklığının narsisistik zedelenmeye karşı çocuğu koruduğu ya da sıcak ilişki olmayışının olumsuz etkilediği anımsanmalıdır.

Yüzyıllar boyunca birçok ressam-heykeltraş ruhsal hastalıklara tutulmuş, belirli dönemlerde hastalıkları yapıtlarına yansımıştır. Ancak temel aracı sözcük olan sanatçıların durumu daha da trajiktir. Birçoğu hastalandıktan sonra artık yazamamış,

yaratamamışlardır. Akıl hastanesine kapatıldığı suçlamalarının yaygın olduğu Hölderlin tipik bir örnektir. Psikoza girdikten sonra yazamamış, yaratamamıştır. Ruhsal sorunlarının derinliği karşısında dönemin psikiyatrisinin yapabileceği bir şey yoktu, şimdi bile psikiyatrinin yapabildiği sınırlıdır. Çünkü Hölderlin ağır bir ruhsal hastalığa tutulmuştur (2). Antipsikiyatri akımının yıllarca mitleştirmeğe çalıştığı şizofreni gerçek bir hastalıktır. Giderek somut herhangi bir hastalıktan farklı olmadığı, biyokimyasal vb. yapısal bir temelinin olduğu anlaşılmaktadır. 'Herkes gibi düşünmeyen insanlar şizofrendir ve akıl hastanesine tıkılmalıdır' anlayışını taşıdığı öne sürülen psikiyatriyi suçlamalar günümüzde geçerliğini yitirmiştir. Artık hastanelere yatırılabilenler, tedavi görebilenler şanslı sayılmaktadır.

Öte yandan şairler, şizofrenik söylemden yararlanabilirler. İstedikleri gibi kullanırlar, yeter ki yazdıkları şiir olsun. Sadece bilinçdışının saçma (absürd) sözcük yığınlarını üst üste dizerek şiir yazdıklarını sananlar bir yanılsama içindedirler. Günün nesnel karşılıksız şiir anlayışı değiştiğinde o yazılanların şiir olmadığı, estetize edilmemiş, bir başka insana ulaşamayan, ham bilinçdışı malzeme olduğu görülür. Bu da yaratıcılık eylemine ters bir durumdur. Ortada yaratılan bir sanat yapıtı yoktur.

Kaynaklar

1. Alper Y: Yaldızlı Bir Yanılsama. 1.Baskı, Era Yayıncılık, İstanbul, 1994.
2. Alper Y: Şiir ve Psikiyatri Kavşağında, Okuyanus Yayın, İstanbul, 2001, 13-25.
3. Andreasen N C : Creativity and Mental Illness: Prevalence Rates in Writers and Their First- Degree Relatives. Am J Psychiatry 1987; 144: 1288-1292.
4. Bacal H A, Newman K M: Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology.Columbia University Press, New York,Chishester,West Sussex,1990, 70-71.
5. Colp jr R : Psychiatry and the Creative Process. Comprehensive Textbook of Psychiatry'de. (Eds. HI Kaplan, AM Freedman, BJ

Sadock) III. Cilt. 3. Baskı. Williams and Wilkins Comp. Baltimore, 1980, 3112-21.

6. Freud S: Sanat ve Sanatçılar Üzerine. (Çev. K Şipal). 1. Baskı , Bozak Yayınları, İstanbul, 1979.
7. Hartman H: Ego Psychology and the Problem of Adaptation.(Trans. D.Rapaport). 9. Baskı, International Universities Press İnc. Madison, Connecticut, 1992, 77-78.
8. Infante J A : Some Reflections on Phantasy and Creativity. .(Eds: Person E.S., Fonagy P, Figueira S A: On Freud's "Creative Wrtiters and Day-dreaming". Yale University Press, New Haven and London, 1995.)de, 53-64.
9. Jacobson E : The Self and The Object World. 9.Baskı, International Universities Press,Inc., Madison,1993, 70-86.
10. Jung K G: Psikoloji ve Edebiyat . Psikanaliz Açısından Edebiyat' da (Der-Çev. S Hilav). 2. Baskı, Dost Kitabevi Yay., Ankara , 1981, 53-78.
11. Kohut H: Kendiliğin Çözümlenmesi. (Çev. C. Atbaşoğlu, B. Büyükkal, C. İşcan) 1. Baskı, Metis Yay., İstanbul, 1998.
12. Ludwig A.M : Kültür ve Yaratıcılık (Çev. H.Soyiç) Popüler Psikiyatri; 9, 1999.
13. May R: Yaratma Cesareti. (Çev. A Oysal). 1. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul, 1987.
14. Person E S :Introduction.(Eds: Person E.S., Fonagy P, Figueira S A: On Freud's "Creative Wrtiters and Day-dreaming". Yale University Press, New Haven and London, 1995.)de, ix-xxi.
15. Rank O : Doğum Travmas ı(Çev. S.Yücesoy). 1. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul,2001,142.
16. Rothenberg A: Creativity and Mental Illness . Am J Psychiatry 1995; 152: 815-816.
17. Sandler J S and Sandler A: Unconscious Phantasy, Identification, and Projection in the Creative Writer. .(Eds: Person E.S., Fonagy P, Figueira S A: On Freud's "Creative Wrtiters and Day-dreaming". Yale University Press, New Haven and London, 1995.)de, 65-81.
18. Schildkraut J J, Hirshfeld A J, Murphy J M : Mind and Mood in Modern Art, II: Depressive Disorders, Spirituality, and Early Deaths in the Abstract Expressionist Artists of the New York School. Am J Psychiatry 1994; 151: 482-488.
19. Segal H: Dream Phantasy and Art.New Library of Psychoanalysis.London and NewYork: Tavistock/Routledge,1991'den aktaran 8. Infante J A : Some Reflections on Phantasy and Creativity. .(Eds: Person E.S., Fonagy

P, Figueira S A: On Freud's "Creative Wrtiters and Day-dreaming". Yale University Press, New Haven and London, 1995.)de, 53-64.
20. Storr A: Yaratma Dürtüsü. (Çev. İ Babacan) . 1. Baskı. Yayınevi Yayıncılık, İstanbul, 1992.
21. Tunalı İ: Sanat Ontolojisi. 3. Baskı, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1984.
22. Velioğlu S: Akıl Hastası ve Sanatçı. 1.Baskı, Yaşam Yayınları, İstanbul, 1978.
23. Winnicott D W : Oyun ve Gerçeklik (Çev. T.Birkan) 1.Baskı, Metis Yayınları, İstanbul, 1998, 88-110.

KONUŞMA
TAM METNi

3

BİR RUHSAL-TOPLUMSAL SORUN ODAĞI OLARAK KARIŞIK AİLE

Doç. Dr. Ali Nihat Babaoğlu

Bireylerin toplumsal ve doğal çevrelerine olan tutum ve tepkilerinin,onların kişilik,kimlik ve davranışlarının bütünü üzerinde son derecede derin izler ve etkiler oluşturduğu bilinen bir gerçektir.Bu çevrede olan değişikliklerin de her birey üzerinde değişim ve uyum yapmaya zorla- yıcı bir etkisi olmaktadır.Uyum kimse için sorunsuz ve kendiliğinden oluveren bir süreç değildir.Her uyum işlemi kişinin alışık olduğu,hatta kişilik ve kimliğinin unsurlarını oluşturan davranış kalıplarından bir dizi ödünler vermeyi gerektirir.Ve elbette bu da belirli derecede kaygı ve sıkıntılarla birlikte olan,kişiyi bir bütün olarak var olabilmek sorunsalıyla karşı karşıya getiren bir durumdur. En basitinden var sayabiliriz ki,kişi bu değişim ve uyum süreci karşısında var oluş ve kopuş anksiyetesiyle başa çıkmak zorunda kalacaktır.Yaşadığı sosyo-kültürel çevreden başka bir sosyo-kültürel çevre içinde yaşamaya başlayan

bireylerde bu anksiyete ile yüklü uyum sürecinin değişik aşamalar halinde çok uzun yıllar sürdüğünü,uyumda en başarılı görünen bireylerde bile,hatta kişi yıllarca büyük bir uyum performansı gösterdiği halde birçok nevrotk, psikosomatik ya da psikotik belirtiyle kendini gösterdiğini biliyoruz.Göç olgusu nedeniyle bu olgu çeşitli yönlerden incelenmiştir ve halen de incelenmektedir. Sosyo-kültürel çevrenin,göç durumu dışında,kendi içinde geçirdiği değişikliklerin de aynı ölçüde önemli olduğu, aynı ölçüde uyum zorluk ve bozukluklarına neden olduğu da bilinmektedir.Ancak bu sürecin yer değiştirmeler kadar incelenmiş olduğu ileri sürülemez.Bunun nedeni,yer değiştirmenin kolaylıkla saptanabilmesine ve her iki yerin kolaylıkla karşılaştırılabilmesine karşın,bir yerde,zaman içinde olan değişiklikleri saptamanın,o değişikliklerin bireyler üzerinde ne ölçü- de stres olarak algılandığını değerlendirmenin hiç de o kadar kolay olmayışıdır.Bununla birlikte sosyologlar,antropologlar ve çok daha dış bir dal olduğu halde,şehircilik uzmanları ve mimarlar bize bu tür etkilerin çok önemli olabileceğini haber vermektedirler.

Yatay ve dikey nüfus hareketliliği yer yüzündeki en hızlılardan olan,ayrıca sürekli olarak teknolojik,ekonomik değişimlerden kaynaklanan,nüfus hareketlerinden etkilenen sosyal ve kültürel değişimlerden başka her gün onlarca kültürün karşılaşmasına ve kaynaşmasına sahne olan yurdumuzda bu değişim stresinin kişiler üzerindeki etkisini görüp inceleyebilmek için pek çok olanak bulunduğunu sanıyoruz. Sosyologlar ve sosyal psikologlar tarafından da ilgi gösterilen bu alan,bir çok klinik ya da subklinik tablonun altında yatan faktörlerden olduğu halde psikiyatrik bakımdan incelenmeye başlamamıştır.

Değişik sosyal-kültürel-etnik çevrelerden olan bireylerin evlilikleriyle oluşan çok kültürlü, çok kökenli ailelerin,bu stresin incelenmesi için önemli bir çıkış noktası oluşturabileceğini düşünerek,kendi uygulamalarımızda karşılaştığımız olgulardan örneklerle,bu tür ailelerin iç dinamiklerini kavramaya çalışıyoruz.Aile bireylerinin bu sırada ortaya çıkan çeşitli

sorunlarla nasıl başa çıktıklarını,neden başa çıkamadıklarını,olan ya da ortaya çıkan ruhsal sorunlarda bu dinamiklerin nasıl bir rol oynadığını görmeye çalışıyoruz.
Önce birkaç olgu örneği sunmakla başlayalım:

Olgu 1
Çift 8 yıllık evlidir. Evlilikten önce de 4 yıl süren, cinsel beraberliğe kadar ilerlemeyen bir beraberlikleri olmuştur.Erkek 32 yaşında,Giresunlu,avukat,kadın 31 yaşında,Urfalı ve o da avukattır.Erkek işinde oldukça başarılıdır;3 yıldan beri iki avukat arkadaşının da çalıştığı bir hukuk bürosu sahibidir.Kadınsa,şirkette ortaklığı görünmekle birlikte avukat olarak aktif çalışmamakta,daha çok büroda dosyaların hazırlanmasına yardımcı olmaktadır.4 yaşında bir kızları vardır.Bize baş vuran kadındır.Kocasının "maço" tutumundan,gece yarılarına kadar büroda kalıp eve öfke içinde dönerek,suratsız,aksi,kavgacı tavırlarla hizmet beklemesinden,buna bütün tanıdıklarının,eşinin kız kardeşleri de dahil olmak üzere hayret belirttiklerinden,kocasının kendisine karşı "büyük ihtiyaç duyduğu" duygusal yakınlığı hiç göstermeyişinden, cinsel ilişkinin de ayda en fazla bir,iki kez,o da duygusuzca olduğundan,kocasının büroda kendisini" senin aklın ermez, kaz kafalı, aptal" gibi sıfatlar kullanarak azarlamasından,bunun sonucu olarak kendisinin de çok kırılgan, kederli, yaşama karşı isteksiz,çocuğuna karşı da sık sık aşırı öfkeli olduğundan yakınıyor.Bunun artık canına yettiğini,boşanmaya kararlı olduğunu,ama kocasının "Sen hastasın."ithamı üzerine bunun doğru olup olmadığını anlamak için geldiğini belirtiyor.Evliliği kurtarmak isteyip istemediği sorulduğunda,eşini çok sevdiğini,ama bu büyük kültür farkına daha fazla dayanamayacağını belirtti.Çatışmayı tamamen kültür farkına bağlıyordu.Görüşmeye davet edilen koca da aynı şekilde kültür farkını ileri sürdü.Ama her ikisi de birbirlerini çok sevdiklerini vurgulayarak belirttiklerinden,her ikisi de bağımsız olarak terapiye alındı.Terapi sürüyor.Ancak başlıca zorluk halen de kültüre ilişkin ön yargıların aşılması olarak görünüyor.

Olgu 2

4 yıldır evli olan çift. Evlilikten önce 2 yıl kadar yakın arkadaşlıkları,ondan önce de aynı siyasal örgütte yoldaşlıkları olmuş.Erkek 29 yaşında Kosova doğumlu,Arnavut asıllı,aşırı dindar bir aileden. 25 yıl önce Türkiye'ye gelmişler. Kadın 24 yaşında ,Yozgatlı, Alevi.Evlendiklerinden beri cinsel ilişkiyi başaramamışlar.Erkeğin evinde oturuyorlar ve erkeğin annesi her gece ve sabah yatağı kontrol ediyor.Erkeğin babası kızı namaz kılmaya,oruç tutmaya,başını örtmeye zorluyor.Gelin sofrada oturamıyor ve yemeğini kendi başına mutfakta yemek zorunda tutuluyor.Koca,ekonomik bağımlılık nedeniyle ailesine karşı eşini savunamıyor.Birlikte görüşmede de törelerinin böyle olduğunu, tek çarelerinin başka eve taşınmak olduğunu söyledi.Bunun için de yıl sonuna kadar biteceğini umduğu kooperatif evine umudunu bağlamış durumda.Genç kadınsa bu sofu töreleri hoş görüyle karşılamaya çalışıyor,zaman zaman abdestsiz namaz kılar gibi yapıyor,oruç tutuyormuş gibi davranıyor ve evdeyken baş örtüsü takıyor.Bunları yaparken kendisini nasıl hissettiği sorulduğunda da,inançları hoş görüyü buyurduğu için kendini inancına uygun davranmış hissettiğini söyledi.Ama kocasının da daha çok "erkek gibi" davranmasını dilermiş.Terapi sırasında genç kadın,kocasının da çalıştığı, babaya ait çay evinde kasada durmaya başlamıştı,hatta bu"işi"nedeniyle artık baş örtüsü de takmıyor.Genç adam onun bu davranışlarını bir tür özveri olarak değerlendiriyor. Bundan gururlu ve zaman zaman karısının özverilerini gerekçe göstererek babasına karşı da çıkabiliyor. Örneğin çayhane kalabalık olduğu zamanlarda babadan izin almaksızın, eşinin masalara servis yapmasını istiyor. Vaginismus yakınmaları bu sırada kendiliğinden geçiverdi.

Olgu 3

37 yaşında kadın, uzman hekim. Çerkez. Babası 2.Büyük Savaş yıllarında önce Sovyet ordusunda,esir düştükten sonra da Alman Kazak-SS tümenlerinde görev yapmış bir hekim.Savaş sonunda Amerikalılara esir düşüp,11 yıl sonra da Türkiye'ye gelebilmiş. Burada gene Çerkez olan anneyle evlenmiş. Hastamız ikinci

çocuk. Babasının sevgili kızı. O yüzden onun izinden giderek hekim olmuş.Halen bir devlet kurumunda idari mevki sahibi bir görevde.6 yıl önce evlenmiş.Eşi bir sanatçı.Ama sanatı ile bütün arkadaşları gibi akademik mevkilerde olabileceği halde o bağımsız kalmayı yeğlemiş. Karadenizli. Anne ve kardeşlerine aşırı bağlı. Hipokondriyak birisi. Sürekli olarak karısının kendisine ihtimam göstermesini, kendisini şımartmasını istiyor. Hasta evlilik öncesi kocasıyla 7 yıllık bir beraberliği sürdürmüş.O süre içinde çok nazik ve sosyal görünen adam,evlilik sonrası birden değişerek şimdiki bakım bekleyen tutumunu takınmış. El ve ayak tırnaklarını bile karısının kesmesini istiyor ve bekliyor. Bunda Karadeniz adetlerinin böyle olduğunu ileri sürerek karısının buna kesin uyum yapmasını diliyor. En küçük tartışmada eşini evden kovuyor. Hastamız bu yüzden annesinin evindeki odasını aynen muhafaza ediyor. Hastanın görev yaptığı kurum otoriter bir yer. Bu yüzden kendisi de otoriter bir konumda. Ama evden kovulmalarda yalvararak geri dönen hep kendisi olmuş. Şimdi gene bir ayrılık içindeler. Ama beraberlikleri zaman zaman gene de sürüyor. Burada da her ikisi de kendi aile törelerini ileri sürmekteler. Bu konuda hastamız uyuşmaya daha hazır. Ancak eşinin yeniden evlilik öncesindeki gibi sosyal olmasını istiyor ve idealindeki erkek olarak babasının modelini ileri sürüyor. Kocası gerçekten son derecede yakışıklı, hastamız ise vasatın bir az üstünde bir güzelliğe sahip. Bununla birlikte çalıştığı kurumda sürekli olarak tacize kadar varabilen cinsel talepler alıyor. Bu taleplerde bulunanların, babasının askeri geçmişini andıran özellikleri olduğunu kabul ediyor. Ama gündelik kabalıklarından ötürü onlardan nefret derecesinde tiksiniyor. Halen depresyonunu mesleki bir kariyer yaparak aşmaya çalışıyor.

Olgu 4

22 yıllık evli olan çift. Koca Bulgaristan doğumlu,50'li yıllardaki göçlerle Türkiye'ye gelmişler. İş adamı. Kadın, Adana'nın kapalı bir etnik grubu olan "Fellah"lardanmış. Kadın organik bir hastalığına bağlı olarak gelişmiş olan ve ağır somatizasyonla seyreden bir depresyon tablosu içinde geldi. Depresyonunda

uzun yıllar içinde büyük bir iyileşme sağlandı. Ama gene de güvenilir bir ilişki saydığı için zaman zaman danışmaya geliyor. Koca halen iflas eşiğinde. Bu yüzden hukuki olanaklardan yararlanmak amacıyla boşandılar. Kadın lokal aile geleneklerine çok bağlı. Bunu koca şimdiye kadar tolere etmiş. Ama kadın kocasının iflas tehlikesi karşısındaki kimi atak tutumlarını çok yadırgıyor ve onu çok ″geniş″ bularak kınıyor. Her ikisi de bu sürtüşmeyi kültürel farklara bağlıyorlar. Koca renk vermiyor ama bir yıldan beri fluoksetin kullanıyor. Ayrı görüşmede, karısının yerel adetlerinin aileye bir kabus yaşattığından, onun heyecanlı ″güneyli″ tabiatından çok çektiğinden, bu yüzden kendi kimliğini tümüyle yitirmiş olduğundan, evliliği yalnızca vicdanen ve kızı için sürdürdüğünden bahsetti.

Olgu 5
33 yıllık bir evlilik. Erkek Gaziantep asıllı, İstanbul'da doğup büyümüş, babası doktor, annesi lise mezunu ev kadını, kendisi ekonomist-işletmeci. Yaklaşık 12 yıldan beri süren bir iki uçlu duygulanım bozukluğu nedeniyle tedavimde. Kadın Kazan kökenli olup Mukden-Mançurya'da doğmuş, Kobe-Japonya'da büyümüş. 60'larda Türkiye'ye gelmişler. Bir süre uçak hostesliği yapmış. Kadın kocasının, son yıllarda kötüleşen hastalığı yüzünden eski kazancını elde edemeyişinden, erkek te karısının soğuk ve duygusuz, maddiyata indeksli birisi olmasından, bu aileyle kendi kişiliğini tümüyle yitirdiğinden yakınıyor. Evde kadının, ikisi de demanslı anne ve babası da kalıyorlar. Demans nedeniyle her ikisinde de iyice abarmış olan kuzey halklarına özgü tavır ve davranışlar ve kızlarının onlara uyumu sonucunda ev dayanılmaz hale gelmiş. Koca evi terk ederek bir oto tamir atölyesinde kalmaya başladı. Arada 32 yaşında bir mühendis olan tek oğulları çaresizlik içinde. Bir kez intihar girişiminde bulundu. Halen de çok dağınık yaşamları sürüyor. Karı koca birbirlerini etnik özellikleriyle küçümseyip suçlamaya devam ediyorlar.

Kişilerin aile kurumu ile olan ilişkilerinde hemen tümüyle kültürel bir şema içinde davrandıkları, birbirlerinden ve aileden

beklentilerinin de, edinmiş oldukları kültürün çizdiği doğrultuda olacağını bir çok yazar bildirmiştir (Freedman-Sears-Carlsmith,1998;Thomae,1972;Arkonaç, 2001; Kağıtçıbaşı,1998 ;Kağıtçıbaşı,1999; Murphy,1958 ; Kiev,1972). Türk ailesinin uzun yıllardan beri sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel nedenlerin etkisiyle geçirdiği (Tezcan,2000) ve son on yıllarda giderek hızlanmış olan değişikliklere ek olarak, yurdumuzun nüfus hareketliliği sonucunda, büyük sosyo-kültürel farklara sahip bireyler arasındaki yakınlaşmalar ve sonunda evlilikler de artmaktadır. Zaten bir çoğumuz değişik kültür zeminlerine sahip anne-babaların çocuklarıyız. Ancak Murphy'nin de gösterdiği gibi (Murphy,1958,) belirli bir süre uyumdan sonra köken kültüre sadakat duyguları bireylerde önem kazanmaya başlamakta ve kişilerin yeniden ve daha sarsıntılı olarak uyum çabaları içine girmelerine yol açmaktadır. Bu, ailelerin büyük çoğunluğunda örtülü yürüyerek bir kültür çatışması görünüşü kazanmasa da, olasılıkla bireylerin bu uyum için büyük bedeller ödemelerine neden olmaktadır. Kişilerin bu sırada hangi düzeneklere başvurduklarını, sorunlarla hangi yollardan başa çıkabildiklerini yakından incelemek, kuşkusuz ki bu bireylerin ihtiyacı olan yardımı verebilmemizi kolaylaştıracaktır. Ayrıca ben, gerek kökenimizde bulunan kültürlere, gerek içinde bulunduğumuz kültüre bu yaklaşımı borçlu olduğumuzu da düşünüyorum.

Kaynaklar

1. Arkonaç,S. : Sosyal Psikoloji; Alfa, 2001, İstanbul
2. Freedman,J.L.-Sears,D.O.-Carlsmith,J.M. : Sosyal Psikoloji; İmge, 1993, İstanbul
3. Kağıtçıbaşı,Ç. : Kültürel Psikoloji; Evrim, 1998, İstanbul
4. Kağıtçıbaşı,Ç. : Yeni İnsan ve İnsanlar; Evrim, 1999, İstanbul
5. Kiev,A. : Transcultural Psychiatry; The Free Press, 1972, New York
6. Murphy,H.B.M. : Migration and the major mental disorders; 1958 ,(in: Uprooting and After,
7. Red..C.A.Zimmermann,M.Pfister-Ammende; Springer,1973, New York)
8. Tezcan,M. : Türk Ailesi Antropolojisi; İmge, 2000, İstanbul

KONUŞMA
TAM METNi

4

ŞİZOFRENİK BOZUKLUKLARDA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLAR

Prof. Dr. Orhan Doğan
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Giriş

Çağcıl tıp anlayışı bütüncül yaklaşımı benimser. İnsan da bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden bir bütün olarak görülür. İnsanın ve sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak benimsenmesi ve uygulanması psikiyatri alanında diğer alanlara göre daha uygundur.[1]

Şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, kişiler arası ilişkiler iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir.[2] Bu belirtiler çeşitli biyolojik, ruhsal, toplumsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bu etkenler çok çeşitli olduğundan, tedavi yaklaşımlarının da birden çok olması kaçınılmazdır.[1]

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde hemen her hastada ilk seçenek ilaç tedavisi olmaktadır. Şizofreninin nörobiyolojisiyle ilgili araştırmalar, çalışmalar son 30 yılda çok artmıştır. Yan etkileri ve diğer ilaçlarla etkileşimi görece daha az olan ilaçların bulunması ve gün geçtikçe daha çok kullanılmaları ile birlikte biyolojik tedavi yöntemlerinin kullanılması da artmıştır. İlaçların şizofrenik bozuklukların belirtilerinin çoğunu azalttığı ya da ortadan kaldırdığı, uzun süreli kullanılmalarıyla relaps oranlarını düşürdüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Fakat ilaç tedavisi tek başına şizofrenik bozuklukları tam olarak iyileştirememektedir. Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme görülebilmektedir.[2-4] Bu sonuç, antipsikotik ilaçların etkisinin şizofrenik bozukluklarda sınırlı olduğunu göstermektedir.

1960'lı yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikodinamik etkenlerin ve aile içi ilişkilerin önemi üzerinde duruluyordu. Ancak 1970'li yılların sonunda bu görüşler yerini nörobiyolojik araştırmaların sonuçlarına bıraktı. Şizofrenik bozuklukların nörobiyolojik bir hastalık olduğu ve tedavisinin de biyolojik olarak yapılması gerektiği öne sürüldü. Ancak ilaç tedavisinin tek başına yeterli olmaması, bu bozukluklarla ilgili bilgi birikiminin artması, tek bir tedavi yönteminin yeterli olmadığını ve birden çok tedavi yönteminin bir arada kullanılmasının gerektiğini gösterdi.

Şizofreni hastalarının çoğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Aile üyelerinin etkilenmeleri ve yaşadıkları güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozuklukla ilgili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, aşırı duygu dışavurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle, ekonomik sorunlarla da kendini gösterebilir.[5-8] Bu özellikler ailenin de ele

alınması gerektiğini göstermekle kalmamış, ailenin tedaviye etkin biçimde katılmasının gerekliliğini ortaya koymuştur.

Yukarıda kısaca gözden geçirilen özellikler şizofrenik bozuklukların ruhsal toplumsal yönlerine gereken önemin verilmesi konusunda uyarıcıdır. Biyolojik tedavi ile bozukluğun bir yönüyle ilgili iyilik sağlanmaya çalışılırken, diğer yönleri göz ardı edilmektedir. Şizofrenik bozuklukların tedavi girişimleri kapsamlı, çok yönlü, hastanın tedaviye verdiği yanıta ve ilerlemesine göre değiştirilebilir olmalıdır.[9]

Bu sunumun amacı, şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların önemini vurgulamak ve bütüncül bir tedavi planına ve uygulamasına doğru ilerlemektir.

Genel Konular

Psikiyatri tanı ve tedavide biyolojik ve psikososyal yönleri bütünleştiren bir tıp dalıdır. İyi bir klinik bakımın sağlanması biyolojik indirgemecilikten de, psikososyal indirgemecilikten de kaçınmayı gerektirir. Psikiyatristler nörotransmitterler, psikofarmakoloji, genetik ve çevre arasındaki etkileşim hakkında bilgili olmalıdır. Aynı zamanda intrapsişik çatışmaları, ilişki biçimlerini, belirtilerin ruhsal anlamlarını da bilmelidir. Şizofreni hastası için düzenlenen tedavi planının her ögesi bozukluğun özgül bir yönünü ve onun sonucunu kapsar. Farmakolojik girişimler pozitif, negatif ve dezorganize belirtileri; duygulanım belirtilerini ve bilişi hedefler. Psikososyal girişimler ise, kendine bakım yetersizliklerini, kötü yaşam kalitesini, kişiler arası ilişki sorunlarını, tedaviye uyumsuzluğu, işlev bozukluklarını, bağımlılığı, toplumsal ve mesleksel becerileri hedefleyerek üretkenliğe temel hazırlar.[9,10] Psikiyatri uzmanlık alanı ilaç önermeye indirgenirse, diğer tıp uzmanları kolayca psikiyatristlerin yerini alabilir. Benzer biçimde psikiyatri psikoterapötik girişimlerle sınırlandırılırsa, ruh sağlığı alanında çalışan diğerleri benzer işlevleri yerine getirecek ve psikiyatristlere gerek kalmayacaktır.[10]

Görülüyor ki, tek bir tedavi yöntemine bağlı kalmak kendi varlığımızı da tehdit eder bir durum yaratacaktır. Günümüzde şizofrenik bozuklukların tam bir tedavisi yoktur. Kombine tedavilerin uygulanması bozukluğun morbiditesini ve mortalitesini sınırlayabilir, hastanın prognozunu olumlu yönde etkileyebilir ve yaşam kalitesini artırabilir.[9,11] Tedavinin genel amaçları bozukluk dönemlerinin sıklığını, belirtilerin şiddetini ve olumsuz psikososyal sonuçlarını azaltmak; dönemler arasında psikososyal işlevselliği en üst düzeye çıkarmaktır. Tedavinin özgül amaçları ise, bozukluğun evresine ve özgül özelliklerine göre değişir.[11] Birçok şizofreni hastası kapsamlı ve sürekli bakım gerektirir.[9,11]

Amerikan Psikiyatri Birliği 1997 yılında şizofreni hastalarının tedavisi için uygulama kılavuzu hazırlamıştır. Bu kılavuz en geniş kapsamlı gözden geçirme ve uygulama kılavuzu olarak görülebilir. Bu sunumda çok çeşitli kaynaklardan yararlanılmakla birlikte, bu kılavuz temel alınmıştır.

Şizofreni Hastalarının Ele Alınmasındaki Temel İlkeler

Şizofreni hastasının tedavisinde ilk adım, onun çeşitli özellikleriyle kapsamlı olarak anlaşılmaya çalışılmasıdır. Örneğin, hastanın gereksinmeleri ve beklentileri, intrapsişik çatışmaları ve savunmaları, baş etme biçimleri, güçlü yönleri tanınmalıdır. Ayrıca psikiyatrist hastanın uyumunu etkileyebilecek olan biyolojik, kişiler arası, toplumsal ve kültürel etkenleri de anlamaya çalışmalıdır.

Şizofreni hastalarının ele alınmasındaki temel ögeler şunlardır:[11]

1. Tedaviye uyumu sağlama ve sürdürme: Bu durum psikiyatristin hasta hakkında temel bilgileri edinmesini sağlar, hastanın işbirliğini artırır ve hasta-hekim ilişkisinde güven

duygusu yaratır. Bu durumun sürdürülmesi için, tedavi mümkün olduğu kadar aynı hekim tarafından yürütülmelidir.

2. Hastanın psikiyatrik durumunu gözleme: Psikiyatrist hastanın psikiyatrik durumundaki değişiklikler konusunda uyanık olmalıdır. Bu konuda aileyle işbirliği özel önem taşır. Hastalarda bozukluğun doğasına bağlı olarak içgörü kaybı olduğundan duygulanım, düşünce ya da davranış alanlarındaki değişiklikleri fark etmeyebilir, bunlar bir akut nöbetin habercisi olabilir.[12] Hastayla ilgili yeni bilgiler öğrenildikçe, tanının yeniden değerlendirilmesi gerekebilir.

3. Şizofreni ve tedavisiyle ilgili bilgi verme: Hastalar ve aileleri şizofreninin belirtileri, tedavisi ve sonlanması ile ilgili eğitimden yararlanırlar. Hastanın bu eğitimden aldıkları ve bunları sürdürmesi zaman içinde değişebilir, bilişsel yetersizlikler ya da akut psikoz dönemleriyle engellenebilir. Hasta bu eğitimle prodromal belirtilerin neler olduğunu ve hekimine ne zaman bildireceğini öğrenir. Tedavi yöntemlerinin önemini ve tedaviyi kesmenin sonuçlarını öğrenir, tedaviyi hekim önerisi dışında kesme oranı azalır. Bu eğitim için basılı materyal yararlı olmaktadır. Aile üyeleri de bu eğitimden yararlanır. Üstelik aile üyeleri prodromal belirtileri daha iyi tanıyabilir ve bildirebilir.[13]

4. İlaç ve gerekli diğer tedavileri belirleme ve tedavi planı geliştirme: Şizofreni hastaları ilaçtan ve psikososyal girişimlerden yarar görürler. Psikiyatrist hastanın klinik durumundaki değişiklikleri gözlemeli, bir tedavi yöntemine uygun olan ve uygun olmayan yanıtlara bakmalı, gerekirse tedavi planını değiştirmelidir.

5. Tedavi planına uyumu artırma: Şizofrenide tedavi planına uyum, hastanın klinik durumunu önemli ölçüde iyileştirebilir. Ancak kimi zaman hastalar temel bilgileri vermeyebilir, ilaçları kesebilir, randevularına uymayabilir. Tedavi planına uymamanın nedenleri arasında bireyin hasta olduğunu kabul etmemesi, stabil dönemde ilaç kullanmanın önemini bilmemesi,

damgalanma endişesi, toplumsal inanışlar, ilaçların hoşa gitmeyen yan etkileri vardır.[14,15] Hastaya ilaçlar hakkında bilgi vermek, stabil dönemde kullanmayı sürdürmenin relapsı önlemede yararlı olacağını anlatmak tedaviye uyumu artırabilir.[16,17] Hasta herhangi bir nedenle tedaviye uyum göstermiyorsa, telefonla ya da ev ziyaretiyle ilişkiyi sürdürmek tedaviye yeniden uyumu sağlamada yararlı olabilir.

6. Şizofreninin psikososyal etkilerini anlamayı ve uyumu artırma: Şizofreninin psikosoyal etkileri birçok hastada duygusal, toplumsal, ailesel, akademik mesleksel ya da ekonomik sorunlar yaratır. Psikiyatrist hastayla birlikte, gerçekçi ve ulaşılabilir olan kısa ve uzun süreli hedefleri belirlemelidir. Bu hedeflere ulaşmak hastaların kendilik değerlerini artırır. Çocuklu hastalar çocuklarının gereksinmeleri konusunda yardıma gerek duyabilir. Çocuk sahibi olmak isteyen hastalara genetik danışmanlık vermek gerekir.[18]

7. Nöbetlerin erken tanısını ve tedavisini sağlama, ortaya çıkarıcı ya da sürdürücü etkenleri belirlemeye yardım etme: Psikiyatrist hastaya ve aile üyelerine akut nöbetlerin erken işaretlerini ve belirtilerini belirlemelerine yardım etmelidir. Bu durum erken ve uygun tedavinin başlanmasını, relaps oranlarının azaltılmasını sağlayabilir.[13]

8. Ailenin sıkıntısını azaltma ve aile işlevlerini iyileştirme: Şizofrenili hastanın aile üyeleri sıklıkla sıkıntı duygusu yaşarlar. Aile üyeleri tanı, klinik belirtiler ve davranışlar, hastanın strese duyarlılığı, bozuk davranışlarla baş etme gibi konulardaki eğitimden yararlanırlar. Eğitimle aile ilişkileri ve işlevleri düzeltilebilir.

9. Çeşitli hizmet sistemleri kaynaklarını koordine etme ve hizmet yollarını kolaylaştırma: Bir psikiyatrist hastasının bakımını düzenlerken sıklıkla diğer ruh sağlığı çalışanlarıyla, genel sağlık hizmeti verenlerle (pratisyen hekim) ve sosyal çalışmacılarla birlikte çalışır.

Özgül Psikososyal Yaklaşımlar

Son yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır. Yeni teknikler geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla bunların etkinlikleri araştırılmaktadır. Psikososyal yaklaşımlar tek başına şizofrenik bozuklukların tedavisinde etkili olmamakla birlikte, kapsamlı bir tedavi yaklaşımının parçası olarak psikofarmakolojik tedaviyle birlikte şizofreninin gidişini iyileştirebilir.[11,19,20] Bu yaklaşımlar relapsı önleme, baş etme becerileri, daha iyi toplumsal ve mesleksel işlevsellik, bağımsız işlev görme gibi alanlarda ek yararlar sağlayabilir.

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır.[1,2,5,11,21] Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır:[1,7,8,11,22-25]

1. Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
2. Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
3. Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme,
4. Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
5. Erken tanı ve erken tedavi,
6. Relapsı önleme ya da azaltma,
7. Toplumsal işlevselliği artırma,
8. Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,
9. Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
10. Yaşam kalitesini artırma.

Bireysel Psikoterapi

Bireysel psikoterapi ciddi bir psikiyatrik bozukluğa uyumun insan yönlerine yönelir. Hedefleri yadsıma, cesaretsizlik, tedaviye uyum, kişisel ilişkiler, kendine güven gibi sorunlardır. Bu hedefleri gerçekleştirmek için hastanın inançlarını, tutumlarını, umutlarını, yaşantılarını anlamada odaklanır.[9]

Bireysel psikoterapilerin en çok bilinen biçimleri destekleyici ve içgörü yönelimli olanlardır.[11] Günümüzde bireysel psikoterapiler *esnek (flexible) psikoterapiler* başlığında toplanır. Bozukluğun alt tipine ve evresine göre esnek biçimde uygulanır. Bu özelliklere göre destekleyici, yönlendirici, eğitimsel, araştırıcı, içgörü yönelimli olabilir. Bu tedavi sürekli ve stabil hasta-hekim ilişkisi temelinde olmalıdır.[9,11]

Varsayımları

Esnek psikoterapi yaklaşımı biyolojik, ruhsal, toplumsal ve çevresel etkenlerin katkısının olduğu bilinen şizofreninin doğasıyla ilgili varsayımların gözden geçirilmesi temelindedir:

"Stres-yatkınlık" ya da "duyarlılık (zedelenebilirlik)-stres modeli" şizofreninin etiyolojisiyle, gidişiyle ve sonlanmasıyla ilgili verilerin bütünleştirilmesini sağlar. Şizofreninin duyarlı bir kişide çevresel ya da yaşanan stres arasındaki dinamik bir etkileşimden ortaya çıktığını varsayar. Şizofreniye duyarlılık heterojendir ve epidemiyolojik çalışmalar birçok risk etkenine dikkat çeker. Biyolojik temelli duyarlılık, hastaların alt grupları arasında görece sürekli psikofizyolojik, bilişsel ya da davranışsal güçlükler olarak ifade edilebilir.

"Duyarlılık-stres modeli"nin stres yanı, stresörlerin duyarlı bir kişide belirtilerin ortaya çıkışını presipite edebileceğini öne sürer. Şizofreninin başlangıcı ya da gidişiyle ilgili psikososyal etkenler arasında stresli yaşam olayları, kültürel ortam, sosyal sınıf, sosyal destek ağının özellikleri, ortamın duygusal kalitesi gösterilmiştir. Çok duyarlı bir kişide yeterli stres prodromal işlev

bozukluğunu presipite edebilir. Klinik deneyimler, bozukluğun başlangıcıyla ya da kötüleşmesiyle ilgili olarak stresin son derece bireyselleştirildiğini gösterir.

Şizofreni, onun etkilediği bireyler gibi heterojendir. Şizofreninin duyarlılık, risk etkenleri, başlama yaşı ve tipi, belirgin işaret ve belirtileri, gidişi, sonlanması gibi klinik çeşitliliği heterojen olabileceğini düşündürür.

Şizofreni genellikle evresel (fazik) gidiş gösterir. Evreleri prodromal, akut (aktif), subakut, moratoryum (uyumsal), işlevlerde geçiş ve stabil evrelerdir.

Klinik görevler ve teknik stratejiler
Tüm bireysel psikoterapi girişimleri duyarlılığın etkilerini azaltmayı, uyumsal kapasiteyi desteklemeyi ve stresin etkilerini azaltmayı amaçlar. Burada kritik konu, bozukluğun özel bir evresindeki bir birey için girişimlerin potansiyel değerinin ne olduğudur. Uygun tedavi görevlerinin belirlenmesinde bozukluğun alt tipi, hastalanmadan önce ve şimdiki işlevsellik, hastanın belirlediği tedavi hedefleri önemlidir.

Genel tedavi stratejileri
1. Değerlendirme: Tedavi sürecinin başlaması değerlendirme ile olur. Ayırıcı tanıyı, tedaviye uyumu, riskleri, kısa süreli ilaç tedavisine yanıtı değerlendirmeyi kapsar. Hastanın strese tepkileri, bilişsel güçleri ve güçsüzlükleri de değerlendirilir.

2. Sürekli yeniden değerlendirme: Şizofreninin değişken doğası ve hastanın uyumu, hedeflerin ve sonuçlarının periyodik değerlendirilmesini gerektirir.

3. Zamanlama: Şizofrenin evresel doğal öyküsü özel terapötik görevlerin zamanlamasına özel dikkat gerektirir. Stabilizasyonu sağlamaya ve destekleyici tedaviyi sürdürmeye ilk 6-12 ay arasında başlanmalıdır. Hasta belirtisiz duruma gelince uyumlandırma ve psikoeğitimsel yaklaşımlar devreye sokulur.

4. Titrasyon: Tedavi girişimleri uygulanırken gerek uygulamanın yoğunluğu, gerekse karmaşıklığı yavaş yavaş artırılmalıdır.

5. Psikofarmakolojiyle bütünleştirme: Tüm farmakolojik tedavilerin hedefi etkili en düşük dozda ilaç kullanarak belirtileri kontrol etmektir. İlaç dozunun azaltılması psikososyal yaklaşımların başarısına bağlıdır.

Ayaktan şizofreni hastalarında ilaç tedavisine bireysel psikoterapi eklendiğinde relaps oranının düştüğü, toplumsal ve mesleksel işlevselliğin arttığı, iyilik durumunun daha uzun sürdüğü gösterilmiştir.[10,17,26-28]

Grup Tedavisi

Grup tedavileri kavramı psikoeğitim gruplarını, destekleyici ya da dinamik yönelimli grup psikoterapisini, grup danışmanlığını ya da bunların bir karışımı olan bütüncül yaklaşımlı grup tedavisini gösterir. Grup tedavisinin amaçları hastanın bozukluğun hangi döneminde olduğuyla yakından ilgilidir: Bu amaçlar arasında ilaçlara uyum ve yan etkilerinin denetim altına alınması, problem çözme becerisinin kazandırılması ve artırılması, hedefleri belirleme, toplumsal etkileşimler, bağımsız günlük yaşam etkinliklerinin geliştirilmesi vardır.[29]

Grup tedavilerinin *burada ve şimdi* (here and now) ilkesinde odaklanmasının gerektiği, hastaların baş etme becerilerini artırmada etkili olduğu belirtilmektedir.[29,30] Yatan hastalarda grup tedavisinin etkinliğinin olmadığı belirtilmekte, genel olarak stabil ayaktan hastalar için önerilmektedir.[4,11,31] Grup tedavisine alınacak hasta sayısının 6-8 arasında olması önerilir.[11]

Grup tedavisi için hasta seçiminin ölçütleri klinik deneyimlerle, hastanın ve bozukluğun özellikleriyle ilgilidir. Grup tedavisine alınacak hastalar stabil olmalı, gruba anlamlı katılım için gerçeği değerlendirmeleri yeterli düzeyde olmalıdır. Grup tedavisine

alınmama ölçütleri ise, hastanın sanrı ya da varsanılarla aşırı uğraşması, ciddi düşünce organizasyonu bozukluğu ve dürtü kontrolünün çok bozuk olmasıdır.

Grup tedavisinin kimi zaman olumsuz etkileri de olabilir. Grup ortamı hastalar için aşırı stresli bir duruma gelirse, belirtiler kötüleşebilir. Aşırı duygu dışavurumu, yüzleştirme, sorunları deşme uyarıcı olabilir ve hastayı olumsuz olarak etkiler. Bunlardan kaçınmak için terapistin sınır koyması gerekir.[11] Akut dönemdeki yatan hastalarda içgörü psikoterapisinin yararı olmadığı gibi, tehlikeli bile olabilir.[31]

Stabil, ayaktan şizofreni hastalarında grup tedavilerinin etkinliğinin güçlü kanıtları yoktur. Kontrollü çalışmaların çoğu, özellikle destekleyici ve etkileşim yönelimli grup tedavilerinin yararlı olduğunu göstermiştir. Bu yararlar hastaların belirtileriyle baş etmelerinde, toplumsal uyumlarının iyileşmesinde, tedavi ekibiyle işbirliğini geliştirmede görülür.[4,11,32-34]

Aile Psikoeğitimi

Şizofreni hastalarının bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle ailelerin önemi daha da artmıştır. Uzun süreli bakım gerektiren şizofreni hastalarının bakıcıları genellikle ailelerdir. Bir hastanın yaşamındaki en değişmez ögelerden biri ailesidir. ABD'de taburcu olan hastaların %60'tan çoğunun ailelerinin yanına döndüğü belirtilmektedir.[4,11] Bu oranının ülkemizde daha yüksek olduğunu söylemek yanlış olmaz. Anne-babasıyla birlikte yaşamayanlar bile, sıklıkla onlarla yakın ilişkilerini sürdürürler.

Şizofreni hastalarının aileleri çeşitli güçlükler yaşar. Bu güçlükler iki grupta toplanabilir:[35] Birinci gruptaki güçlükler hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerindeki azalmayla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ilgilidir. İkinci gruptaki güçlükler

hastaların bozuk ve inhibe olmamış davranışlarıyla ilgilidir. Bu güçlükler aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlükler yaratabilir.

Çalışmalar, aile üyelerinin bazılarının şizofrenik bozukluklar hakkında yeterli bilgisinin olmadıklarını, hastalarına karşı aşırı eleştirel ve koruyucu olabildiklerini, bu davranışların relaps oranlarını artırdığını göstermiştir.[36-38] Hastanın aile ya da akrabalarıyla yakın ilişkide olmasının ve ailede aşırı duygu dışavurumunun olmasının relaps oranlarını artırdığı gösterilmiştir.[4,7,24,25,35,39,40] Uyaranın çok olması pozitif belirtileri, az olması negatif belirtileri kötüleştirebilir.

Son 30 yılda ailelerin tedavi ekibinin etkin üyeleri olmalarına çalışılmaktadır. Aile hekimler için değerli bilgi kaynağıdır. Aile üyeleri erken belirtileri hastalardan daha önce tanıyabilir, tedaviyi planlamada ve uygulamada etkili olabilir, aile içi etkileşimi düzenleyebilir. Aileyi psikoeğitimsel aile toplantılarına çekmek için en uygun zaman akut dönemdir. Aileler hastanın durumu kötüyken ilişki kurma, ilişkiyi sürdürme, bilgi alma, güven arama, soru sorma konularında daha motivedirler.[11] Aile eğitimi tek[40,41] ya da grup[42-43] halinde yapılabilir.

Aile tedavisinin amaçları relaps oranlarını azaltmak, aile işlevlerini iyileştirmek, işbirliğini ve tedaviye uyumu artırmaktır. Bu hedeflere ulaşıldıktan sonra aşama, hastanın bağımsız bir birey olarak yaşamasına doğru ilerlemesini kolaylaştırmaya çalışmaktır. Aile tedavisi ilaç tedavisine eklendiğinde relaps oranı yarıya düşmüş,[4,11] ilaca uyum, toplumsal uyum ve iş uyumu artmıştır.[41] Aile tedavisinin ortaya çıkarabileceği olumsuzluk, hasta hala akut evrede ve yoğunlaşması bozukken stresli aile ortamlarında aşırı uyarılması ve kötüleşmesi olabilir.

Psikososyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarının tedavisinde biyolojik yöntemler temel öneme sahip olmakla birlikte, psikososyal yaklaşımlarla desteklenmedikçe, bu yöntemlerin başarısı sınırlı kalmaktadır. Bu alandaki eğitim çalışmalarının gerek bozuklukla ilgili sorunlarda, gerekse yaşam kalitesinde olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir.[45-47]

Şizofreni hastalarının bozukluğun belirtileriyle baş etmede, kişiler arası ilişkilerde, iş yaşamında, günlük yaşam etkinliklerinde yaşadıkları sosyal beceri sorunları vardır. Bunların şizofreninin pozitif ya da negatif belirtilerine ikincil olup olmadığı net değildir.[4] Bu sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi, artırılması, yeni beceriler kazandırılması hastaların işlevselliği yönünden önemlidir. Hastaların bu tür programlara katılması bozukluğun gidişini olumlu yönde etkilediği gibi, sorumluluğu kendilerinin almasını ve bireysel etkinlik kazanmalarını da sağlar.[45]

Psikososyal beceri eğitimi, toplumsal yaşamın beklentilerini karşılamak için hastalara gerekli becerileri kazandırmada öğrenme kuramlarını ve davranışsal teknikleri kullanır. Eğitim etkileşimsel niteliktedir. Bu eğitim bireysel ya da grup temelinde verilebilir.[11,45,48]

Psikososyal beceri eğitiminin temel amacı, hastaların psikososyal işlevlerdeki özgül yetersizliklerini/ bozukluklarını iyileştirmek; en üst düzeyde yaşam kalitesi ve üretkenlik sağlamaktır. Bu eğitimin amaçları şöyle özetlenebilir:[11,45]

1. İletişim becerilerinin kazandırılması,
2. Problem çözme becerilerinin kazandırılması,
3. İlaçları nasıl kullanacağının ve yan etkilerinin neler olduğunun tanıtılması,
4. Tıbbi ve psikiyatrik tanıyı tartışmanın artırılması,

5. Gereksinmelerini ve beklentilerini diğer insanlara/topluma açıklamasının geliştirilmesi,
6. İş görüşmesini yapabilmesinin öğretilmesi,
7. Relapsın uyarıcı işaretlerinin tanınmasının ve baş edilmesinin sağlanması: İlgisizlik, karamsarlık, dikkat dağınıklığı, gerginlik, uyku bozuklukları, kendine/başkalarına zarar verme düşünceleri, saldırganlık...
8. İnatçı belirtilerin tanınmasının ve baş edilmesinin sağlanması: Sıkıntı (anksiyete), depresyon, sanrı, varsanı, düşünce ve konuşma bozuklukları.

Psikososyal beceri eğitimi için seçilen hastaların orta ya da ciddi düzeyde beceri eksikliklerinin olması, hastalıklarına karşı içgörülerinin olması, eğitime etkin biçimde katılabilecek olmaları istenir.[11,45]

Bu eğitimde kullanılması yararlı olan araçlar eğiticinin el kitabı, grup üyeleri için çalışma kitabı, demonstrasyon için videolardır. Beceri kazandırma eğitimi bilgilendirme, terapistin model olması, rol oynama, davranış biçimlendirme, olumlu geribildirimde bulunma, ev ödevleri, yapılanların dış dünyaya da genellenmesinin bir kombinasyonuyla gerçekleştirilir. Bunlar hedefe ulaşmak için aşama aşama yapılır. Bu becerilerin hastaların doğal çevrelerine genelleştiğinin güçlü kanıtları yoktur.[11,45]

Şizofreni hastalarında psikososyal beceri eğitiminin yararları gösterilmiştir. Fakat etkisinin uzun süreli olduğunu söylemek güçtür. Bir yıllık izleme çalışmalarında öğrenilen becerilerin korunduğu gösterilirken,[49-51] iki yıllık izlemede koruyucu etkide kayıp gösterilmiştir.[41]

Eğitim programlarının olumsuz etkilerinden kaçınabilmek için bazı konulara dikkat etmek gerekir. Örneğin, hastalardan kapasitelerinin üzerinde ev ödevi istenir, süreç hızlı işletilirse ve yineleyen başarısızlık olursa, ters tepkiler ortaya çıkabilir. Bilişsel

yetiyitimi olan hastalar bu program için uygun olmayabilir ve başarısızlık yaşayabilir. Yineleyen başarısızlık birey için stres yaratıcı ve cesaret kırıcı olabilir. Bu nedenle terapistlerin gerçekçi hedefler belirlemesi ve uygun hasta seçmeleri önemlidir.[11]

Bilişsel İyileştirme ve Tedavi

Şizofreni hastalarında düşünce yapısında ve içeriğinde bozukluk olduğu Bleuler'den bu yana bilinmektedir. Bununla birlikte, şizofreni tedavisinde bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar yeterince vurgulanmamış ve uygulanmamıştır. Bunun nedenleri arasında gerek şizofrenik bozukluklarla, gerekse bilişsel davranışçı yaklaşımlarla ilgili önyargılar yatmaktadır.[20]

Bilişsel davranışçı yaklaşımların başarıya ulaşmasında hastayla işbirliği önemlidir. Burada da hastanın tedaviye etkin olarak katılması, stabil durumda bulunması gereklidir. Bu yaklaşımın amacı, hastanın bozuklukla ilgili önyargılarının ve toplumsal işlevselliğinin artırılarak diğer yaklaşımlardan yararlanması için anormal bilişsel yaklaşımları düzeltmektir.

Bilişsel tedavi bu hastalarda iki yaklaşım kullanır: Birincisi, birçok şizofreni hastasında görülen dikkatini toplayamama, bellek sorunları, uyanıklıkta/canlılıkta azalma, planlamada ve karar vermede sınırlılık gibi bilişsel bozuklukların düzeltilmesi. İkincisi ise, Beck'in depresyonda yaptığına benzer bilişsel tedavi girişimlerinde bulunmaktır.[11,52,53]

Şizofreni hastalarında nöropsikolojik bozuklukların düzeltilmesinin etkinliği deneysel çalışmalarla gösterilmiş,[54,55] fakat bu etkilerin sürekliliği onaylanmamıştır.[54] Bilişsel tedavilerin şizofrenide kullanılması ile ilgili düzenlemeler sürmektedir.

Mesleksel Uyumlandırma

Mesleksel uyumlandırma programları yatan hastalarda kuruma bağımlılığı artırabileceğinden, temel olarak toplum içinde

yaşayan hastalarda odaklanmalıdır. Temel amacı, hastanın mesleksel işlevsellikte en üst düzeye çıkması için cesaretlendirmektir. Bazı çalışmalar şizofrenili hastaların bir işte çalışma oranlarının %15-40 arasında olduğunu göstermiştir.[4,11]

Mesleksel uyumlandırma programları korumalı işyerleri, iş desteği, iş kulüpleri, Boston Üniversitesi modeli, geçici iş verme gibi alt başlıklarda ve uygulamalarda yürütülür. Bunların amaçları arasında hastalara daha kısa iş günü sağlamak, iş baskısını azaltmak, basitleştirilmiş görevler ve olumlu iş çevresi sağlamak;[56] sürekli olarak iş desteği sağlamak;[57] hastaların özelliklerine uygun iş bulmalarına, iş istemelerine, iş görüşmelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sayılabilir.[11]

Erken Girişim İçin Özgül Programlar

Prodromal belirtiler ortaya çıktığında erken girişimde bulunmak relapsın ve yeniden yatışın önlenmesinde etkin olabilir. Çalışmalar, relapsın genellikle birkaç gün-birkaç hafta arasında sonlanabilen prodromal belirtilerin ardından ortaya çıktığını göstermiştir. Kontrollü çalışmalar, prodromal belirtiler ve erken girişim konularında hastaları ve ailelerini eğitmek için özgül programların relaps oranlarını azaltmada yararlı olabileceğini göstermiştir.[16,58,59]

Erken girişim için formal bir stratejiyi uygulamada hastalar ve aile üyeleri prodromal belirtiler ve davranışlar için eğitilir, düzenli olarak izlenir. Bazı hastalarda prodromal dönem çok kısa olabildiğinden, hastalar ve aileleri günün her saatinde yardım istemek için telefon edebilmelidir.

Bu programları uygularken hekimler, hastalar ve aileler prodromal belirtilerin gözlenmesinde gereğinden çok odaklanmamalıdır. Bu durum yanlış pozitif değerlendirmeye ve ilaç dozunun yükseltilmesine, yan etkilerin artmasına neden olabilir. Bir başka önemli nokta, tedavinin salt psikopatolojiye

değil, belirtilerde iyileşmeye de dikkat çekmesinin önemli olduğudur.

Olgu Yönetimi

Yaygın bir gözlem, şizofreni hastalarının gerekli ve yeterli bakımı alamadıklarıdır. Bu durumu ortadan kaldırmak için olgu yönetimi uygulaması geliştirilmiştir. Tedavi ekibinden bir kişi ya da ekibin birkaç üyesi olgu yöneticisi olur. Hastalar eşgüdümlü, sürekli ve kapsamlı tedavi hizmetleri alır.

Olgu yönetimi hizmetlerinin verilebilmesi için uygun tedavi kaynaklarının bulunması temel öneme sahiptir. Hasta evde, işte izlenip gerektiğinde hemen yardımcı olacak girişimlerde bulunulur. Olgu yöneticisi bağımsız işlev görüp tedavi ekibiyle birlikte çalışamazsa, uygulamada sorunlar ortaya çıkar.[11]

Kendine Yardım Grupları

Günümüzde şizofreni hastaları ve aileleri tedavi sürecinde giderek artan biçimde etkin olarak rol almaktadırlar. Bu durumun amaçları, hastaların ve ailelerin tedavinin planlanmasında ve uygulanmasında söz sahibi olmayı, profesyonellere bağımlılıklarını azaltmayı, hastalıkla ilgili damgalanmayı azaltmayı, tedavi ve araştırma için yeterli desteğe ulaşmaya çalışmayı kapsar. Bu alandaki kendine yardım gruplarının alt tipleri şunlardır:[11]

- Hasta organizasyonları,
- Kendine yardım tedavi organizasyonları,
- Akraba organizasyonları.

Yukarıda belirtilenler dışında toplumsal yaklaşımlar da vardır. Hepsinin amacı psikososyal yaklaşımlarla ortaktır. Bunlar arasında şunlar sayılabilir:

- Assertive toplum tedavisi programı,
- Fairweather Lodge,

- Psychosocial clubhouse.

Türkiye'de Durum

Ülkemizde psikososyal yaklaşımlarla ilgili sistematik bir çalışma ve uygulama yoktur. Bunun nedenleri arasında biyolojik psikiyatriye ağırlık verilmesi, psikososyal yaklaşımlar konusunda bilgi eksikliği, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde bu yaklaşımlara yeterince yer verilmemesi, ruh sağlığı alanında çalışanların nicelik yönünden yetersiz olması ya da tedavi ekibinin tam olarak oluşturulamaması sayılabilir. Bununla birlikte, bazı tedavi merkezlerinde bu tür yaklaşımlara da yer verildiği, bazı illerde (İstanbul, Ankara, İzmir, Manisa, Konya) ruh sağlığı çalışanlarıyla hasta yakınlarının dernek oluşturarak etkinliklerde bulunmaları, PAREM'in psikososyal tedavilerle ilgili eğitici yayınlar yapması sevindiricidir. Bu konuyla ilgili eğitim görenler ve eğiticilerin eğitimini verenler arasında Doç.Dr. Mustafa YILDIZ (Kocaeli), Prof.Dr. Alp ÜÇOK, Doç.Dr. Tamer AKER (İstanbul), Doç.Dr. Haldun SOYGÜR (Ankara), Prof.Dr. Küksal ALPTEKİN (İzmir) vardır ve bu kişilerden yardım alınabilir.

Sivas'ta şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığımız kombine psikososyal yaklaşım uygulamaları üç ay gibi kısa bir süre olsa da, kişiler arası ilişkilerde, aile ilişkilerinde, tedaviye uyum konusunda, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde olumlu sonuçlar vermiştir.[1] Şizofreni hastaları ve ailelerine somatik tedavilerin yanı sıra, psikososyal yaklaşımların uygulanması, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde psikososyal ve bütüncül yaklaşımlara yer verilmesi uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Doğan S, Doğan O, Tel H ve ark: Şizofrenide psikososyal yaklaşım. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Bildirileri Özet Programı, (24-28 Nisan 2002, Antalya) s. 137.
2. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A: Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. Schizophr Bull 2000; 26(1):21-46.

3. Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M: Residental care in hospital and in the community: quality of care and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168:448-456.
4. Bustillo J, Keith SJ, Lauriello J: Schizophrenia: psychosocial treatment. BJ Sadock, VA Sadock (ed): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, 7. baskı, cilt. I, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 1210-1217.
5. Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull 2000; 26(1):5-20.
6. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM: The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. Am J Public Health 1997; 87:2002-2008.
7. Leff J, Vaughn C: The role of maintenance therapy and relative expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow up. Br J Psychiatry 1981; 139:102-104.
8. Mueser KT, Drake RE, Bond GR: Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. Harvard Rev Psychiatry 1997; 5:123-137.
9. Fenton WS, McGlashan TH: Schizophrenia: individual psychotherapy. BJ Sadock, VA Sadock (ed): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, 7. baskı, cilt. I, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 1217-1231.
10. Gabbard GO: Combined psychotherapy and pharmacotherapy. BJ Sadock, VA Sadock (ed): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, 7. baskı, cilt. II, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000, 2225-2234.
11. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia. Washington DC, APA, 1997.
12. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC et al: Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:826-836.
13. Herz MI: Prodromal symptoms and prevention of relapse in schizophrenia. J Clin Psychiatry 1985; 46:22-25.
14. Van Putten T: Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? Arch Gen Psychiatry 1974; 31:67-72.
15. Van Putten T, May PR: Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:477-480.

16. Herz MI, Glazer WM, Mostert MA et al: Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia: two years relapse rates. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:333-339.
17. Hogarty GE, Goldberg SC: Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: one-year relapse rates. Arch Gen Psychiatry 1973; 28:54-64.
18. Pardes H, Kaufmann CA, Pincus HA et al: Genetics and psychiatry: past discoveries, current dilemmas, and future directions. Am J Psychiatry 1989; 146:435-443.
19. Karon BP, VandenBos GR: The consequence of psychotherapy for schizophrenic patients. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 1972; 9:111-119.
20. Aker T, Sungur MZ: Şizofrenide Bireysel Bilişsel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
21. Lehman AF, Steinwachs DM and PORT coinvestigators: At issue: translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 1998; 24(1):1-10.
22. Mueser KT, Bond GR: Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 2000; 13:27-35.
23. Leff J: Needs of the families of people with schizophrenia. Advances in Psychiatric Treatment 1998; 4:277-284.
24. Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N: Attributions, expressed emotion, and patient relapse: an attributional model of relatives2 response to schizophrenic illness. Behav Ther 1994; 25: 67-88.
25. Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors as the course of psychiatric illness. Br J Psychiatry 1976; 129:125-137.
26. Hogarty GE, Ulrich RF, Mussare F et al: Drug discontinuation among long term, successfully maintained schizophrenic outpatients. Dis Nerv Syst 1976; 37:494-500.
27. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR et al: Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients, II: two-year relapse rates. Arch Gen Psychiatry 1974; 31:603-608.
28. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR: Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients, III: adjustment of nonrelapsed patients. Arch Gen Psychiatry 1974; 31:609-618.
29. Üçok A: ŞizofreniHastaları İçin Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavisi. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
30. Kanas N: Group therapy with schizophrenic patients: a short-term, homogeneous approach. Int J Group Psychother 1991; 41:33-48.

31. Kanas N, Rogers M, Kreth E et al: The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization: a controlled study. J nerv Ment Dis 1980; 168:487-492.
32. Donlon PT, Rada RT, Knight SW: A therapeutic aftercare setting for “refractory” chronic schizophrenic patients. Am J Psychiatry 1973; 130:682-684.
33. O’Brien CP, Hamm KB, Ray BA et al: Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: a controlled outcome study. Arch Gen Psychiatry 1972; 27:474-478.
34. Malm U: The influence of group therapy on schizophrenia. Acta Psychiatr Scand (Suppl) 1982; 297.
35. Gelder M, Mayou R, Cowen P: Psychiatry. New York, Oxford Unversity Press, 2000.
36. Kavanagh DJ: Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br J Psychiatry 1992; 160:601-620.
37. Vaughn CE, Leff JP: Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. Schizophr Bull 1981; 7:43-44.
38. Mueser KT, Gingerich SL, Rosenthal CK: Familial factors in psychiatry. Current Opinion in Psychiatry 1993; 6:251-257.
39. Rolland JS, Walsh F: Family therapy: systems approaches to assessment and treatment. Synopsis of Psychiatry, Washington DC, APP, 1996, 1097-1126.
40. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW et al: Famly management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 1985; 42:887-896.
41. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:340-347.
42. Vaughn CE, Snyder KS, Freeman W et al: Family factors in schizophrenic relapse: a replication. Schizophr Bull 1982; 8:425-426.
43. McFarlane WR: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. New Dir Ment Health Serv 1994; 62:13-22.
44. Yıldız M: Psikososyal Beceri Eğitimi. PAREM Yayınları, İstanbul, Kutu Grafik, 2001.
45. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J et al: A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:277-283.

46. Stenberg JH, Jaaskelainen IP, Röyks R: The effect of symptom self-management training on rehoapitalization for chronic schizophrenia in Finland. Int Rev Psychiatry 1998; 10:58-61.
47. Liberman LP, Mueser KT, Wallace CJ: Socialskills training for schizophrenic individuals at risk of relapse. Am J Psychiatry 1986; 143:523-526.
48. Wallace CJ: Socialskills training in psychiatric rehabilitation: recent findings. Int Rev Psychiatry 1998; 10:9-19.
49. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR et al: Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. Am J Psychiatry 1992; 149:1549-1555.
50. Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ et al: Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. Am J Psychiatry 1992; 149:654-658.
51. Holmes MR, Hansen DJ, St Lawrence JS: Conversational skills training with aftercare patients in the community: social validation and generalization. Behav Ther 1984; 15:84-100.
52. Tarrier N, Harwood S, Yusopoff L et al: Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. Behav Psychother 1990; 18:283-293.
53. Tarrier N, Beckett R, Harwood S et al: A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients, I: outcome. Br J Psychiatry 1993; 162:524-532.
54. Penn DL, Mueser KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 1996; 153:607-617.
55. Green MF: Cognitive remediation in schizophrenia: is it time yet? Am J Psychiatry 1993; 150:178-187.
56. Griffiths RD: Rehabilitation of chronic psychotic patients. Psychol Med 1974; 4:316-325.
57. Cook JA, Razzano L: Natural vocational supports for persons with severe mental illness: Thresholds Supported Competitive Employment Program. New Dir Ment Health Serv 1992; 56:23-41.
58. Marder SR, Wirshing WC, Van Putten T et al: Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:280-287.
59. Pietzcker A, Gaebel W, Kopcke W et al: Intermittent versus maintenance neuroleptic long-term treatment in schizophrenia: 2-year results of a German multicenter study. J Psychiatr Res 1993; 27:321-339.

KONUŞMA
TAM METNi

5

KARMA EVLİLİKLERDE AİLEVİ VE ÇEVRESEL SORUNLAR

Alev Türker
Türk-Alman Kültürel İşbirliği Derneği

Türk-Alman Kültürel İşbirliği Derneğinde yaklaşık 70-80 kişilik bir topluluk olarak hepimiz ; ülkesel, ırksal, dinsel faklılıklar açısından karma evlilikler yaptık ve hemen hemen yaklaşık 20-30 yıldır bu evlilikleri sürdürmekteyiz. Bu karma evliliklerin büyük bölümü, aynı şehirde oturan farklı ırklardan değil; farklı ülke, şehir ve dinlerden gelen insanları kapsamakta. Bu nedenle biz karma evlilikler konusuna çevresel ve toplumsal perspektiften bakmak istedik.

Bölge tarıma yöneliktir. Arap ve Türk kültürü ağırlığını hissettirir. Şehirleşmiş görüntüsüne rağmen taşra özellikleri ağır basar. Yöre insanı yabancılara karşı hoşgörülü, ilgili, misafirperver hatta aşırı meraklıdır. İş ve sosyal hayatta akraba ilişkileri ve eski dostluğa dayanan bağlan son derece kuvvetlidir. Çukurova tarih boyunca değişik dinleri ve mezhepleri yanyana

yaşadığı için ; tutucu değildir. Kadınların ve erkeklerin ayrı topluluklar oluşturması doğal karşılanır. Kadınlar oyun gurupları, kabul günleri, ev gezmeleri ile sosyal yaşamlarını sürdürürken; erkekler sadece erkeklere özgü klüplerinde; veya kahvehanelerinde kağıt oyunları, içki ve yemek muhabbetleriyle dış yaşamı oluştururlar.
Derneğimiz bu panoramaya; Avrupa'dan gelen arkadaşlarımızı da eklemiştir. Hemen belirtmeliyim bu karma evliliklerde; erkekler bu bölgeden; kadınlarsa hep bölge dışındandır.

Bazı örneklerle konuya girelim.

Erkek Türk - Kadın Alman
Almanya'da evlendiler ; Türkiye de yaşamaya başladıktan kısa bir süre sonra; koca kadına bazı kurallar koydu, öncelikle bir Türk kadım gibi davranmasını ve bir Türk ismi almasını istedi. Kadın bu tür sorunlarla birlikte; dil, yemek, kültür farkı gibi başka faktörlerden de etkilendi; bunalıma girdi ve bir kez intiharı denedi. Bunun üzerine kendisine yaklaşım biraz da olsa ılımlılaştı. En önemlisi ona bir iş bulundu. Bu onun kişiliğini yeniden bulmasını sağladı; kendisiyle ve çevresiyle barıştı. Eşi öldü ama kendisi hala Türkiye de yaşıyor.

Erkek Türk - Kadın Avusturyalı
Avusturya'da evlendiler ; çocuklar-mutlu evlilik derken Türkiye'ye geldiler. Ekonomik nedenlerle erkeğin anne ve babasıyla oturmaya başladılar. Eski Osmanlı kuralcı, diktatör aile yapısına; erkek; karısının "gelin" olarak itaat etmesini istedi. Ayrıldılar, çocuklar babada kaldı. Kadın Avusturya'ya geri döndü.

Erkek Türk - Kadın Alman
Almanya'da öğrenciyken evlendiler. Hemen çocukları oldu. 10 yıllık evliyken Türkiye'ye döndüler. Erkek büyük bir firmada üst düzey yöneticiydi, önce karısının giyim tarzını sonra da ortama uyumsuzluğunu eleştirdi. Kadının dil sorunu vardı, ayrıca yöneticinin hanım hanımcık karısı rolünü oynamak istemiyordu;

kavgalar sıklaştı, erkeğin alkol problemi de eklenince ayrıldılar. Her ikiside yeniden evlendi. Kadın ikinci evliliğini yine bir Türkle yaptı ve Türkiye'de yaşıyor.

Erkek Türk - Kadın İsviçreli
İsviçre'de evlendiler. Erkek Türkiye'ye dönünce; erkek kültürü içinde yaşamaya başladı. Her akşam kadın evde; koca erkek arkadaşlarıyla; klüpler, yemekler, içki sohbetlerinde. Türkiye'deki dostları bunun çok normal olduğunu, buna alışması ve kabullenmesi gerektiğini söyleseler de uzun sürmedi; ayrıldılar. Kadının iki yıldır bir Alman partneri var ve adanı kadının kendisine dönmesi için uğraş veriyor.

Bu olumsuz örneklerden bazı ortak yönler çıkarabiliriz.

1- Geleneksel ataerkil aile baskısı ve erkeğin kadını geleneklere uyumunda zorlaması.
2- Erkeklerin daha önce vaad ettiği şeyleri çevresel baskıyla gerçekleştirememesi.
3- Ve yine erkeğin, kadını uyum sürecinde, yalnız bırakması.

Bütün bu problemler; bu evliliklerde; ortam değiştiğinde ortaya çıkıyor; ve beklentiler yön değiştiriyor.

Olumsuz örneklerin dışında elbette olumlu örnekler çok fazla. Şimdi bu olumlu örneklerin üzerinde durarak konuyu biraz daha açmaya çalışalım. Bizden böyle bir çalışma istendiğinde; arkadaşlarımız arasında mini bir anket yaptık ve buradan hareketle bazı saptamalarda bulunduk.

Öncelikle bütün karma evliliklerde her iki tarafın ailesi bu evlilikleri başlangıçta asla onaylamadı; reddettiler; uzun bir zaman sonra kabullendiler. Bu olumsuz etmen; zaten bir dolu problemle karşılaşan yabancı partner için; zorluklan dayanılmaz hale getirdi.

Bu ankette cevaplandırılmasını istediğimiz bir soru : " Yaşadığınız yerde ve kurduğunuz ailede kimliğinizi kaybettiniz

mi? " idi. Asla; ama değişime uğradık ; galiba Türkleştik dediler. Din farklılığı hiç kimsede sorun olmamıştı. Aksine bu farklılık, onların çocuklarının hem noeli kutlamasına; hem de oruç tutmasına yol açmış ; hayatlarına renkli nüveler kazandırmıştı. Ancak buna karşılık dil ; çevre kirliliği, gürültü, eğitim sistemi, iklim, kuralsızlık, programsızlık istisnasız büyük sorunlar oluşturuyordu. Toplumsal erik baskı da bu olumsuzluklara bir ivme kazandırıyordu.

Örneğin yurtdışında veya İstanbul'da yaşayan bir çiftte; kadının tek başına bir sinemaya veya bir yemeğe gitmesine koca ses çıkarmazken ; aynı çift burada yaşıyorsa ; kadın bunu yapamıyordu. Tam tersine burada erkek toplumunda ; erkek-erkeğe sokak hayatı özendiriliyor ; buna uymayan erkek, erkek toplumundan soyutlanıyor, kadınlar daha mutaasıp, giyim kalıplarına ve dar bir sosyal yaşama adapte olmak zorunda bırakılıvordu.

Ayrıca burada 20-30 yılı geçirmek dahi, şehrin yerlileri tarafından kabul görmek, içlerine girmek için yeterli değildi . Çünkü burada doğup büyüyenler ; ailevi bağlarının ; hatta okul arkadaşlıklarının bile pek dışına çıkmıyor, yabancılara belli bir mesafe koyuyordu. Uzun yıllar dışarda yaşamış bu yörenin insanları bile ; yurtdışında ki çevresel, toplumsal ve hukuki modelleri savunduklarında; onlara itici geliyordu. En önemli sorunlardan biri de iş problemidir. Eğer Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı değilseniz öğretmenlik dışında hiçbir mesleği resmi olarak yapamazsınız, mülk sahibi olamazsınız, araba dahi alamazsınız. Bu da erkeğe yabancı kadına bir nevi ekonomik dayatma hakkı sağlayabiliyor. Bu çalışma bize bazı gerçekleri de hatırlattı. Biz dernek üyeleri hangi milletten, ırktan ve dinden gelmiş olursak olalım; yaşadığımız bu ortak paydada eşlerimiz de dahil hepimiz aynı dili konuştuğumuzu ; aynı şeylerden yalandığımızı, dozu farklı da olsa bir kültür şoku yaşadığımızı ve birbirimizle en azından buranın yerli halkıyla olamadığımız kadar bütünleştiğimizi farkettik.

Geriye dönüp baktığımızda dernek üyelerimizin karma evlilikleri büyük oranda başardığını görüyoruz. Ama derneğimizin bu başarıda ; planlanmamışta olsa bir uyum terapisi işlevini yerine getirdiğini, bir birlik oluşturduğunu ve bu birlikten bize savaş gücü kazandırdığını inkar edemeyiz.

Bambaşka bir çevreye geldiğinizde; yeni bir birey olarak her şeye sıfırdan başlayacak gücü kendinizde bulmalısınız. Çünkü geride sizi siz yapan bazı unsurları bırakıyorsunuz.

Örneğin yıllarca eğitimini aldığınız mesleğinizi burada yapamıyorsunuz.Hukuki nedenlerin dışında; iş imkanı da oldukça sınırlı. Ailenizi ve dostlarınızı; alışveriş yaptığınız bakkalınızı; yaşadığınız şehrin size verdiği güveni de arkanızda bırakarak sadece bir yuva kurmak adına bu savaşa adım atıyorsunuz. Başaramayacağınızı hemen anlarsanız sorun yok. Geriye dönüş süreciniz ne kadar kısa ise ; eski yaşantınıza adaptasyonunuz o kadar kolay. Ancak hayatınızın büyük bir bölümünü bu evlilikle bu çevrede geçirdiyseniz ; maalesef mutsuz da olsanız bu birlikteliği sonlandırmanız oldukça güç. Çünkü: yıllar önce bıraktığınız çevreniz artık yok ; arkadaşlar, anneler, babalar, iş imkanı gibi hepsi çok gerilerde kaldı. Ayrıca artık bu topluma ait çocuklarınız var. Onlar bu kalışımın bu çevrenin birer unsuru.

Gençken kaybetmeyi göze aldığımız değerlere rağmen; herşeye yeniden başlayabilecek gücünüz vardı ama burada kök saldınız. Yarım asırlık bir ağacı ; naturel dokuya ne kadar aykırı olursa olsun yerinden söküp almaya kimse kıyamaz. Hemen yanı başınızdaki eşiniz, yuvanız artık yoksa da; siz buraya aitsiniz.

20 yıl önceki mahrumiyetler ve zorluklar günümüzle kıyaslanmayacak kadar büyüktü. Globalleşen dünyanın ; hangi ırk, din ve ülkeden olursanız olun sizi kuşattığım ; bilgisayar, internet gibi teknolojik gelişmelerin en uzak ülkeleri ve kültürleri bile bir adım ötemize getirdiğini biliyoruz. Artık şehirler ve ülkeler birbirlerine benzer oldu. Yıllar önce özlemini çekip

ulaşamadığımız herşey; imkanlarımız ölçeğinde ulaşılır oldu. Bundan sonraki süreçte karma evliliklerin, geçmişteki kadar büyük mücadele gerektirmeyeceğini umut ediyorum.

Sonuç

Bizler; yani geriye kalanlar, yani bu karma evlilikleri hala sürdürenler; nasıl başardık? Zeki bir insansanız ; çevreye uyumunuz daha kolaydır ; bu size çevrenizdeki olumsuzlukları daha kısa zamanda olumlu yöne çevirebilme şansı tanır. Yaşam planlarınızı kısa değil uzun vadede ve doğru planlıyorsanız ; daha az üzülürsünüz. Dürüst; dışa dönük; açık sözlü, sıcakkanlı bir insansanız ; toplum tarafından onaylanırsınız. Bölgesel etiğe uyuyorsanız; ahlaki davranış biçiminiz; yöre insanıyla örtüşüyorsa; dışlanmazsınız.

Elbette ; karma ve karma olmayan tüm evliliklerde hatta bireyin çevresiyle kurduğu tüm temaslarda fedakar ve anlayışlı iseniz ; bunlar kabul görme aşamanızda lehinize yazılan pozitif puanlardır.Ama bütün bu saydığımız unsurlar aslında tüm evlilikler için geçerli değil mi ?

KONUŞMA TAM METNİ

6

MÜLTECİ VE GÖÇMENLERDE PSİKOPATOLOJİ

Prof. Dr. Aysel Ekşi
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Giriş

İnsanlık tarihi, milyonlarca insanın ülkelerinden sürgün edildiği ya da kendilerinin kaçtığı örneklerle doludur. Yirminci yüzyılda İspanya İç Savaşı sırasında kral taraftarı İspanyollar, İkinci Dünya Savaşı öncesinde Avrupalı Yahudiler, eski Sovyetler Birliği döneminde Ruslar, Vietnam Savaşı yıllarında Kamboçyalı ve Vietnamlılar, Humeyni rejiminden kaçan İranlılar, son yıllarda Etiyopya, Kamboçya, Mozambik, Küba, Ermenistan, Tibet ve Irak'dan kaçanlarla birlikte 43 milyon insan başka ülkelere sığınmış ya da göç etmiştir (Toole ve Walman 1993). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği 1996 raporlarına göre dünyada 23 milyon insan, ülkeleri dışında sığınmacı konumunda yaşamaktadır (Howard ve Hodes 2000). Günümüzde, özellikle ekonomik nedenlerle, üçüncü dünya ülkelerinden refah ülkelerine kaçak olarak sığınmak isteyenlerin

daha yollarda karşılaştığı büyük felaket haberleri sık sık basına aksetmektedir. Yakın tarihimizde Iraklı Kürtlerin, Bosnalı ve Kosovalı Müslümanların toplu halde ülkemize sürgüne zorlanmaları büyük insanlık dramlarıdır. Türkiye, sürgün alan bir ülke olduğu gibi, başlıca etnik ve ideolojik gerekçelerle Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları arasından başka ülkelere sığınmalar da hep söz konusudur. Diğer yanda gerek iç göç, gerek Türkiye'den kırk yıl önce başlayan kitlesel dış göç azalsa da devam etmektedir. Bugün üç milyonu aşkın Türk göçmeni ve çok sayıda sığınmacı ülkemiz sınırları dışında yaşamakta olduğuna göre, konunun bizi çok daha yakından ilgilendirmesi beklenir. Son yıllarda İngilizce çok sayıda yayın dikkati çekmektedir. Bu yazıda, psikiyatri alanında son 10 yıldaki yayınlar gözden geçirilmiştir.

Göç ve Sığınma Kavramları Farkı

Yayınlarda, öncelikle göç ile sığınma kavramlarının ayırdedilmesi gerektiği belirtilmektedir. Göç, bireyin ekonomik, sosyal, ya da özel nedenlerle kendi irade ve isteği ile yaşadığı yeri değiştirmesi, gittiği yerde evini kurması, uzun süre yaşamını orada sürdürmesi olarak tanımlanır; buna göre de iç ya da dış göç söz konusudur (Lu ve ark. 1995). Ancak terör nedeniyle Güneydoğu Anadolu bölgemizde köylerin boşaltılması şeklinde yaşanan 'zorunlu göç' bu tanımın dışında kalmalıdır (Sır ve ark. 1998). Sığınma (iltica etme) ise, politik, ideolojik, dinsel, etnik ve benzeri nedenlerle bireyin ülkesinden atılması, ülke sınırları dışına sürülmesi, ya da kendisinin ülkesinden kaçarak başka ülkeye sığınmasıdır. Howard ve Hodes'a (2000) göre bireydeki ruhsal ve toplumsal etkiler yer yer büyük farklar gösterdiği için bu iki kavramı birbirinden ayırmak gerekir; bunun için o kişinin ülkesini terketme nedenini, hangi koşullarda ve nasıl terkettiğini bilmek önemlidir.

Çeşitli yayınlarda göçmen ve sığınmacılardaki ruhsal belirtileri karşılaştıran araştırmalar ele alınmış, sığınmacılarda gerek travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), gerek anksiyete ve depresyonun göçmen gruplardan çok daha yüksek oranlarda

geliştiği ortaya konmuştur. Örneğin Uluslararası Sınır Tanımayan Doktorlar Örgütü dinsel-politik baskılarla Tibet'ten kaçarak Hindistan'a sığınan ailelerin çocuklarını incelemiş, sığınmacı çocuklarda TSSB başta olmak üzere çeşitli bozukluklar saptanmıştır, bu bozuklukların ciddilik derecesinin savaş ve doğal afetlerde ortaya çıkanlara eşit ağırlıkta olduğu belirtilmiştir (Servan-Schreiber ve ark. 1998).

Sığınmacılarda ruhsal bozuklukların oluşması ile ilgili araştırmalarda, en sık incelenen risk etkenlerinin, bireyin zulüm görmesi ve bu sırada yakınlarını kaybetmesi çevresinde yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. Örneğin ülkesinde savaş ve benzeri felaketler yaşamış olanlar (McKelvey ve ark. 1992; Tousignant ve ark. 1999), ailelerini kaybedenler (McKelvey ve Webb 1993), işkence görenler (Gorst-Unsworth ve Goldenberg 1998; Başoğlu ve ark. 1994), yaralanan ve yollarda büyük tehlikeler yaşayanlar (Servan Schreiber ve ark. 1998; Toole ve Waldman 1993), iç savaş öncesinde komşuluk yaptıkları Sırp erkekler tarafından, savaş sırasında cinsel saldırıya uğrayan Bosnalı müslüman kadınlar (Ekşi 1993) ele alınmıştır.
Göçmenlerle ilgili araştırmalarda ise en çok Avustralya, ABD, İsrail, Rusya, Kore ve Avrupa ülkelerine göç edenlerin incelendiği dikkati çekmektedir.

Akültürasyon
Sığınmacı ve göçmenlerle ilgili yayınlarda sık sözü edilen kavramlardan biri akültürasyondur. Hovey ve King (1996) bu kavramı "bireyin, yeni ülkede başka bir kültürle temasa geçtiği zaman, belli bir dereceye kadar değişmesi ve o kültürden etkilenmesi" şeklinde tanımlamıştır. Bu kavram, Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) sınıflamasında, DSM IV'e yeni eklenmiş, 'yeni bir kültürden etkilenme sorunu' bölümünde ve klinik ilgi odağı olabilecek ek kodlar başlığı altında ele alınmıştır.
Yayınlarda, yeni bir kültüre ayak uydurmayı zorlaştıran risk etmenleri ve koruyucu etkenler değişik yönleriyle tartışılmaktadır. Bunun genellikle karmaşık bir süreç olduğu vurgulanmış, Ponizovski ve arkadaşları (1999) eski meslek

statüsünden ve toplumsal konumundan daha aşağıda yer aldığı zaman bireyin kendine saygısının azaldığı ve güvensizlik duygularının ortaya çıktığına işaret etmişlerdir. Akültüratif stresin uzun süre devam etmesinin nedenlerine değinen bir araştırmada Almqvist ve Broberg (1999) yeni ülke insanlarının yeni gelene tepkileri ve olumsuz tutumları üzerinde durmaktadırlar. Araştırma, aileleriyle birlikte İsveç'e sığınan 50 İranlı çocuk üzerinde yapılmıştır. İranlı çocuklar İsveç'e yerleştikten 12 ay sonra değerlendirilmiş, 2,5 yıl sonra tekrar incelenmişlerdir. Akültüratif stresin İranlı çocuklarda 2,5 yıl sonra da hala devam etmesinin önemli nedenlerinden biri olarak, İsveçli çocuklar tarafından dışlanmış olmaları gösterilmiştir. Örneğin İsveçli çocukların birbiriyle itişip kakışma ve birbirini dışlama oranı %8.5 iken; İsveçli çocukların İranlı çocukları itip kakması ve dışlaması %41'e ulaşmaktadır. Yazarlara göre sığınmacı çocuklar için İsveç'de karşılaştıkları koşullar, kendi ülkelerinde yaşadıkları dehşet verici olaylara eşit ağırlıktadır, hatta daha fazla önemdedir ve İsveç kültürüne ayak uydurmalarını zorlaştırmıştır.

İkinci Kuşak Sendromu

Yayınlarda 'ikinci kuşak' konusu çeşitli yönlerden ele alınmıştır. Bazı yayınlarda birinci kuşağın akültüratif stresi daha fazla yaşayacağı, sonra gelen her kuşakta stresin giderek azalacağı vurgulanmış (McKelvey ve ark. 1999), bazı araştırmalarda ise stresin giderek azalacağı doğrulanmamıştır. Örneğin Hovey ve King (1996) Orta Amerika'dan ABD'ne yeni göç etmiş birinci kuşak gençler ile, ABD'nde doğmuş ikinci kuşak Orta Amerika kökenli gençleri karşılaştırmış; her iki grubun dörtte birinde klinik düzeyde depresyon ve intihar fikirleri bulmuştur. Çoklu regresyon analizine göre, akültüratif stresin belirleyicileri süre değil, aile işlev bozuklukları ve gelecekle ilgili beklentilerin olumsuzluğudur. Ponizovski ve arkadaşları (1999) Rusya'dan İsrail'e göç eden ikinci kuşak gençlerde intihar girişimi oranlarını yüksek bulmuşlardır. Yazarlara göre bunun nedeni ikinci kuşak gençlerin gerek yaşıtlarıyla, gerekse anne-babalarıyla iletişim kuramaması, arada büyük bir iletişim kopukluğunun bulunması

ve anne babalarına yabancılaşmış olmalarıdır. Major (1996), uzun süre Nazi toplama kamplarında yaşamış olan birinci kuşak Norveçli Yahudileri ve ikinci kuşağı oluşturan çocuklarını incelemiş ve bunları, Nazi toplama kamplarında yaşamamış, bu kamplara gitmemiş olan Norveçli Yahudilerle ve bunların ikinci kuşak çocukları ile karşılaştırmıştır. Toplama kamplarında yaşamış olanların çocuklarında her ne kadar ciddi ruhsal bozukluklar bulunmamış ise de, ruhsal kırılganlığa yatkınlık ortaya konmuştur.

Normalde anne-babalarla genç kuşaklar arasında 'kuşaklar arası farklılaşma' olduğu bilinir ve belli bir dereceye kadar doğal kabul edilir. Yayınlarda, bu farklılaşmanın göçmen ya da sığınmacı ailelerde çok daha karmaşık ve büyük olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü, genç kuşaklar gittikleri ülkenin kültüründen daha çok ve daha çabuk etkilenir; yaşlı kuşaklar ise eski ülkelerinin kültürel özelliklerini uzun süre taşımaya devam ederler. Üstelik yaşlıların kayıpları daha fazladır, geride çok daha fazla anı, adet, bağlantı bırakmışlardır. Bunun doğal sonucu olarak, yaşlılarda akültürasyon yeteneği daha az ve kültür şoku riski daha fazladır. Tousignant ve arkadaşları (1999), anne babaların yeni ülkede konuşulan dili bilmemeleri, o ülke kültürüne ve değer yargılarına yabancı olmaları ve uzun süre işsiz kalmaları konusunu ele almışlardır. Bu, ikinci kuşak gençlerin gelişimini dolaylı da olsa olumsuz yönde etkileyen, gençlerle anne-babalar arasında değer yargıları çatışmalarını arttıran etkenler olarak gösterilmektedir. Bu şöyle açıklanabilir: Normalde çocukların, anne-babalarını yeterli ve güçlü bulmaları ve onlarla olumlu benimseme yapmaları son derece önemli olmasına karşın, birinci kuşak anne-babaların, dili daha kolay öğrenen ve o kültüre uyum sağlayan çocuklarına bağımlı duruma gelmesi ile bu gelişim altüst olmaktadır.

Göçmenlerde ve Sığınmacılarda Ruh Sağlığı Sorunları

Gerek çocuk gerek yetişkin sığınmacılarla ilgili yayınlarda duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, TSSB, davranış bozuklukları başta olmak üzere tüm psikiyatrik bozuklukların

hayli yüksek oranlarda bulunduğunu ortaya koyan çeşitli araştırmalar dikkati çekmektedir (Westermeyer 2000). Howard ve Hodes (2000) genç sığınmacılarda yaklaşık %20-30 oranında depresyon ve anksiyete bozukluğu, %50'ye varan oranlarda TSSB bulunduğunu bildirmektedir. Hauf ve Vaglum (1994) Norveç'e sığınan Vietnamlılarda TSSB'nin özellikle en başta geldiğine, çoğunlukla duygudurum ve anksiyete bozuklukları ya da madde kullanımı ile birlikte görüldüğüne işaret etmişlerdir. Servan-Schreiber ve arkadaşları (1998) Tibet'ten Hindistan'a sığınmış çocuklarda %11.5 oranında TSSB bulmuşlardır.
Geniş bir psikiyatrik epidemiyolojik araştırmada Tousignant ve arkadaşları (1999), Kanada'ya 35 ülkeden sığınmacı olarak gelen, 13-19 yaşlarındaki 203 adölesanı görüşme ve testlerle incelemiş, kızlarda fobi oranını %27.5 bulmuşlardır. Oysa Kanada'da yaşayan bu yaş grubu kızlarda fobi oranı %19'dur. İntihar girişim oranı %3'tür ki bu oran Kanada-Montreal'deki oranın aynıdır. Anksiyete bozukluğu, unipolar depresyon ve davranış bozukluğu tanıları, sığınmacı gençlerde bölge gençlerindekinden yüksektir. Kızlarda ruhsal bozukluk oranı erkeklerden yüksek bulunmuş ise de bunun nedenleri pek açıklanamamıştır. Yazarlar, Latin Amerika ve Güneydoğu Asya ülkelerinden sığınanlarda politik olaylar nedeniyle bu ülke gençlerinin daha örseleyici olaylar yaşamış olduklarını belirtmiştir. Polonyalı gençlerin bir yanda babalarının %50'sinde alkolizm bulunması, diğer yanda ülkelerinde Polonya Dayanışma Hareketi'nin tehditlerini yaşamış olmaları nedeniyle de bu gençlerin çok örselenmiş oldukları yorumu yapılmıştır. Ortadoğu ülkelerinden gelen gençler iyi sosyal uyum göstermişlerdir. Bütünüyle yayınlarda, sığınmacılarda çeşitli ruhsal bozuklukların yanısıra, şüphe, güvensizlik ve alınganlığın çok belirgin olduğu; bazı sığınmacıların ilerki yıllarda paranoid kişilik tablosu ortaya koydukları belirtilmiştir.

Ülkemizde Sır ve arkadaşları (1998), terör nedeniyle Diyarbakır il merkezine zorunlu göç etmiş 100 göçmen ve kontrol grubu ile görüşmüş, Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeğini

(CAPS) uygulamış (Blake ve ark. 1990) ve göçmen grubunda %66 oranında TSSB saptamışlardır.

Yapılan çalışmalar, ABD'nde göçmenlerin yerlilere göre daha yüksek oranda psikiyatrik bozuklukları olduğunu, daha yüksek oranda psikiyatri hastanelerine yatırıldıklarını göstermiştir. McKelvey ve arkadaşları (1999), Teksas'ta yaşayan Vietnam'lı göçmen çocukları görüşme yöntemiyle incelemiş, psikiyatrik bozukluk oranını %36 bulmuştur. Yazarlar, bu oranın ABD'nde aynı yaş grubunda bulunan psikiyatrik bozukluk oranından çok daha yüksek olduğunu vurgulamaktadırlar. Howard ve Hodes (2000), problemleri nedeniyle kliniğe başvurmuş olan 30 göçmen çocuk ve ailesine ait dosyalar ile, 30 İngiliz çocuk ve ailesinin dosyalarını geriye dönük olarak taramışlar. Göçmen çocuklarda nörobiyolojik bozukluklardan çok psikososyal kaynaklı bozukluklar olduğunu saptamışlardır.

Göç olayını psikoanalitik açıdan yorumlayan Grinberg ve Grinberg'e (1999) göre, göçmenin güvensizliğini, "bilinmeyenle" karşılaşma anksiyetesi ve bu anksiyeteye eşlik eden regresyon belirler. Regresyon onun kendini çaresiz hissetmesine yol açar; öyle ki bu onu, uygun fırsatları bile etkin biçimde kullanmaktan alıkoyabilir. Bu sırada güvenebileceği, korku ve anksiyetesini giderecek insanlar arar. Tıpkı bir bebeğin yalnız bırakıldığı zaman annesinin alıştığı yüzünü çılgınca araması gibi başka insana gereksinim duyar. Üstelik yeni çevre ile bütünleşebilmesi için en azından geçici olarak bireyselliğinin bir kısmından vazgeçmesi gerekir. Yeni çevre ile eskiden bağlı olduğu grup arasındaki fark çok büyük ise, vaz- geçme o derece derin olur. Vazgeçme gereksinimi içsel çatışmalara yol açar. Bir yanda diğer insanlar gibi olma isteğini duyarken yeni kültür tarafından yok edilecekmiş gibi korku duyar. Diğer yanda bireyselliğini devam ettirmek ister; kimliğini koruması, kendisi olduğunu hissetmesi önemlidir. Bu çatışmalar onda yabancılaşma ve karmaşa yaratırken, kimliğinin değişik yönleri arasında çatışmalar kaçınılmaz olabilir, yalnızlık, izolasyon duyguları depresif eğilimleri çoğaltır, şiddetlendirir. Bu güçlüklerle başa çıkamadığı

zaman çatışmalar yer değiştirebilir, psikosomatik bozukluklar ortaya çıkar, örneğin sindirim sistemi bozuklukları göç eyleminin iyi hazmedilmediğini gösterir. Bu durumda tabloya hipokondriyak uğraşlar, fanteziler egemen olabilir (Grinberg ve Grinberg 1999).

Hovey ve King (1996), göçmen gençlerde intihar tehlikesinin mutlaka göz önünde bulundurulmasına işaret etmişlerdir. Ponizovski ve arkadaşları (1999) tarafından İsrail'de yapılan çalışmada Rusya'dan İsrail'e göç eden 406 genç incelenmiştir, %10.4'ü son altı ay içinde intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişimi Rusya'daki gençlerde %4.4; İsrail'deki yaşıtlarında %9'dur. Yazarlara göre davranış problemleri ve intihar eğilimleri konusunda göçmen adölesanlar, göç ettikleri ülkedeki yaşıtlarına daha çok benzerler, çünkü intihar kültür tarafından da etkilenir. Rusya'dan gelen adölesanların intihar düşüncelerinin gelişmesinde en önemli nedenler, İsrailli yaşıtlarıyla ilişki güçlüğü, kendilerine çevrenin düşmanca tavır göstermesi, anne-babalarına ve ailelerine yabancılaşmış olmalarıdır. Buna göre, bireylerin göç ettikleri ülkedeki intihar oranları, göçten önceki döneme ait sosyal ve kültürel deneyimlerden önemli ölçüde etkilenmektedir.

Vietnam savaşı sırasında Vietnam ve Kamboçya'da bulunmuş olan Amerikalı askerlerin, oradaki kadınlardan doğan çocukları, 1987 yılında ABD'nde çıkarılan bir yasa ile ABD'ne kabul edilmeye başlanmıştır. McKelvey ve arkadaşları (1992) 'Amerasian' denilen ve ABD'ne göçmen olarak aileleriyle gelen gençlerin %10'unda ciddi uyum sorunları saptamıştır. Sorunlar özellikle kendine saygı, sosyal izolasyon, dil engeli, gittikleri bölgede karşılaştıkları ön yargı ve kimlik rolleri alanında yoğunlaşmıştır. McKelvey ve Webb (1996) göç öncesinde ve göç sonrasında ve uzunlamasına yaptıkları araştırmada 161 Amerasian göçmenin %20'sinde depresyon geliştiğini bulmuştur.

Bireylerin gittikleri ülkede geçirdikleri süre ile ruhsal problemleri ilişkisi çeşitli araştırmalarda incelenmiştir. McKelvey

ve arkadaşları (1999) sığınmacı ya da göçmenin o ülkede yaşadığı süreye bağlı kalarak bozukluk oranının azaldığını savunmaktadır. Örneğin Avustralya kıtasına göçeden 4-18 yaşlarındaki Vietnamlılar klinik görüşme ve çeşitli testlerle incelenmiş, yeni göç edenlerde psikiyatrik bozukluk oranı, Vietnam'dakilerden çok daha yüksek bulunmuş ama iki yıl sonra test ve görüşmeler tekrarlandığında oranların düştüğü gözlenmiştir. Sack ve arkadaşları (1993 ve 1995), Güneydoğu Asyalı göçmenler üzerinde yaptıkları çalışmada, göçten 6 yıl sonra TSSB belirtilerini yüksek bulmuş, fakat depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklığında kesin bir düşüş belirlemişlerdir. Türk göçmenleri ilgilendiren bir araştırma Sowa ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Hollanda'da göçmen olarak yaşayan 833 Türk çocuğun anneleri görüşmeye alınmış ve Achenbach'ın Çocuk Davranışlarını Değerlendirme Cetveli (Achenbach ve Edelbrock 1983) ile incelenmiştir. Buna göre ikinci kuşağı oluşturan büyük yaştaki çocuklarda davranış problemleri riski genel olarak azdır; ailede boşanmaların ve aile içi kavgalarının sıklığı, ailede ruhsal problemlerin ve problem davranışlarının varlığı gerek Hollandalı gerek Amerikalı ailelerdeki bulgulara benzemektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda genel olarak cinsiyetler arasında anlamlı fark ortaya konmamıştır.

Göçmeni ve Sığınmacıyı Stresten Koruyan Etkenler

Toole ve Waldman (1993), sığınmacılarda çoğunlukla ölüm ve hastalık oranlarının, beslenememenin, bütünüyle sağlıksız koşulların kabul edilemeyecek ölçüde yüksek olmasına dikkat çekmekte; en başta bireyin güvenliğinin sağlanması, gelecekle ilgili korku ve endişelerinin giderilebilmesi üzerinde durmaktadır. Toplumsal destek ise hemen tüm yayınlarda önemli bir koruyucu etken olarak vurgulanmaktadır. Yayınların önemli bir bölümünde sığınmacı ve göçmen için koruyucu etkenlerin başında beden ve ruh sağlığına sahip olma, okulda ya da işinde başarı, o ülkede konuşulan dili konuşabilme ve o ülke insanları ile ilişki kurabilme ve gereğinde destek alabilme olanaklarının bulunması gelmektedir. Aynı şekilde toplumsal

çevreyle sağlıklı ilişki kurabilmesi, ülkesinde sahip olduğu sosyal-ekonomik-kültür düzeyinden daha düşük düzeylere harekete zorunlu olmaması, isterse kendi etnik topluluğu içinde yaşayabilmesi gibi etkenler de hep vurgulanmıştır. Bireyin yeni çevreyle bütünleşebilmesi için hiç kuşkusuz değişim yeteneğine sahip olması, yaşadığı kayıp duygusuna dayanabilmesi, yalnız kalabilmesi, bekleyebilmesi son derece önemli kabul edilmiştir (Tousignant ve arkadaşları 1999; Lu ve ark. 1995; Howard ve Hodes 2000; McKelvey ve ark. 1992 ve 1999; Kaplan ve ark. 1994; Ponizovski ve ark. 1999; Hovey ve King 1996; Almqvist ve Broberg 1999).

Yayınlardan, sığınmacı ve göçmenlerin uyum sorununun nasıl kolaylaştırılabileceği konusunda da bazı ipuçları yakalanabilir (Hauf ve Vaglum 1994; McKelvey ve ark. 1999; McKelvey ve Webb 1993). Bu alanda, 'Amerasian'ların yani yarı Amerikalı-yarı Asyalı göçmenlerin uyum sorununu çözmek üzere ABD'nde yapılan çalışmalar olumlu örneklerdir. McKelvey ve arkadaşlarına (1992) göre, ABD'ne yeni gelen göçmenler, göçmen merkezlerinde 6 ay İngilizce, meslek eğitimi, Amerikan kültürü eğitimi görmekte, üç ay da devletle anlaşması olan 87 merkezden birine gönderilerek gönüllü kuruluşlar tarafından desteklenmektedir. Böylece toplam 9 ay, göçmenler yeni topluma uyum için bir hazırlık döneminden geçirilmektedir. Gene ABD'nden verilen bir başka örnekte; Kaliforniya'da sığınmacı kamplarındaki 60 bin Vietnamlı sığınmacı ile uğraşan tıp personeli, önce kendileri sığınmacılara psikolojik yaklaşım konusunda özel olarak eğitilmektedirler (Rahe ve ark. 1978).

Sonuç

Yeni bir ülkeye yerleşme kuşkusuz büyük fırsatlar sunan ya da aksine pek çok tehlikeler taşıyan bir kriz dönemidir. Bu yazıda, sığınmacı ve göçmenlerin, geçmişteki kültürel deneyimlerini yeni kültür ve yaşamlarıyla bütünleştirebilme ve yeni ülkeye yerleşmedeki sorunları ele alınmış, bu alanda son 10 yıl yayınları taranmıştır.

Bu taramada, göçmeni ya da sığınmacıyı değerlendirecek klinisyenin dikkati, o kişinin o yörede konuşulan dili bilip bilmemesine de çekilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme yapılırken o bölgeye özgü dili, kültürel etkenleri ve tutumları dikkate almamak, tanının yanlış konulması tehlikesini taşımaktadır. Buna örnek olarak, Werry ve Taylor (1994) İngiltere'de son yirmi yıldır rutin olarak 'hastaneye ilk yatış kayıtları'nın tutulduğunu, birinci kuşak Afrika-Karayip Adaları kökenli göçmenlerin diğer tüm göçmen gruplarından 3 kat fazla şizofreni tanısı aldıklarının ortaya çıktığını, bunun dilin yeterli kullanılmamasından kaynaklandığını belirtmiştir. Haasen ve arkadaşları (2000) paranoid belirtiler ve varsanıları nedeniyle tedavi edilmekte olan 100 Türk hasta ile 50 Alman hastayı görüşme yöntemiyle incelemişler, görüşmeyi değerlendiren üç uzman arasında Alman hastalar konusunda sadece %4 oranında uzman görüşlerinin farklı olduğu, oysa Türkler söz konusu olduğunda uzmanların %19'unun farklı değerlendirme yaptıkları anlaşılmıştır. Pek çok araştırmada, anne-babalar çocuklarındaki psikiyatrik belirtilerin çoğunu önemli bulmamış, bu nedenle çocukların kendi ruhsal kaynaklı yakınmaları ile anne-babaların değerlendirmeleri farklı çıkmıştır. Ayrıca, Rousseau ve Drapeau'nun (1998) vurguladığı gibi, bu çocukların ruhsal durumunu birden fazla görüşmecinin birlikte değerlendirmesi de önemlidir.

Uzun süre dış ülkelerde sığınmacı ya da göçmen olarak yaşadıktan sonra, ülkemize geri dönenler üzerinde de araştırmalar yapılması değerli bulgular ortaya koyabilir. Türkiye'ye kesin dönüş yapmış işçi ailelerinin çocukları arasından, intihar girişimi nedeniyle gönderilen çok sayıda lise öğrencisinin temel yakınması, Türkiye'ye döndükten sonra anne-babalarının tutum ve davranışlarının ve hatta değer yargılarının karmakarışık olması ve gençlerin kendi anne-babalarını tanıyamaz duruma gelmeleridir. Çünkü anne-babalar artık çocukları için karmakarışık bir model haline gelmiştir.

Gelişmiş ülkelerde yapılan uyum çalışmaları bizi bir noktada uyarmalıdır ki: geçmiş yıllarda milyonlarca Türk işçisi ve ailesi, ne gitmeden önce ülkemizde, ne de gittikleri ülkelerde, hiçbir hazırlık döneminden geçirilmemiş, uyum çalışmaları yapılmamıştır. Buna devlet, sivil toplum örgütleri ve ruh sağlığı ile ilgili uzmanlar seyirci kalmıştır. Bu, gelişmiş ülkelere göç eden işçilerimizde ve çocuklarında ruhsal ve toplumsal kaynaklı sorunlar yaratmakla kalmamış, bir kısmının aşırı dinci grupları benimsemelerine ve militanlaşmalarına yol açmıştır. Çünkü kökten dinci gruplar, bu insanların karşısına, dinsel inanç ve duygularını kullanarak, korku ve anksiyetelerini giderecek güvenilir çareler gibi çıkmıştır. Bunların köktendinci İslami grupların tuzağına düşme nedenleri belki Grinberg ve Grinberg'in (1999) yorumuna uygun biçimde açıklanabilir. Buna göre bir yanda yeni çevre ile eskiden bağlı oldukları grup arasındaki farklar çok büyük olduğu ölçüde, yeni çevrenin insanları gibi olmayı istemeleri, bir yanda da yeni kültür tarafından yok edilecekmiş gibi korku duymaları ve kimliklerini koruma, 'kendi' olduklarını hissetme gereksinimleri ile oradaki insanlardan farklı, kendilerine daha yakın olan İslami grupları aşırı benimsemelerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Oysa bu alandaki yayınlar gösteriyor ki, Vietnamlıları kabul eden ABD, dünyanın her yerinden Yahudilerin göç ettiği İsrail, yeni gelenler için sistemli 'uyum programları' hazırlamışlardır. Yaşlı bir nüfusa sahip olan Avrupa'ya, Türkiye'den gene kitlesel göçler söz konusu olur ise, bu kez, göçmenleri uyum için hazırlama konusunun yalnız gönderen ülkenin değil, göçmen alan ülkenin de sorunu olması gerektiği önemle dikkate alınmalı ve göçmen alan ülke bu konuda uyarılmalıdır. Benzer olaylarda daha bilinçli davranılması konusunda ruh sağlığı ile ilgili biz uzmanlara da hiç kuşkusuz bazı sorumluluklar düşmektedir.

Kaynaklar

1. Achenbach TM, Edelbrock C (1983) Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile. Burlington, Vermont, University of Vermont, Department of Psychiatry.

2. Almqvist K, Broberg AG (1999) Mental health and social adjustment in young refugee children 3.5 years after their arrival in Sweden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:723-730.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. (DSM IV.) Çeviri editörü: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. Ankara 1995.
4. Başoğlu M, Paker M, Özmen E ve ark. (1994) Psychological effects of torture: comparison of tortured and non-tortured political activists in Turkey. Am J Psychiatry, 151:76-81.
5. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM ve ark. (1990) A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD. The CAPS-I. Behaviour Therapist, 13:187-88.
6. Ekşi A (1993) Psychological effects of rape: a pilot study on 8 raped and 8 non-raped Bosnian Muslim women in Kırklareli Camp. American Veterans Committee. World Veterans Federation European Meeting.
7. Gorst-Unsworth C, Goldenberg E (1998) Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Br J Psychiatry, 172:90-94.
8. Grinberg L, Grinberg R (1999) Psychoanalytic perspectives on migration. Psychoanalysis and Culture. A Kleinien Perspective. Bell D (Ed). Tavistock Clinic Series. s. 154-170.
9. Haasen C, Yağdıran O, Mass R ve ark. (2000) Potential for misdiagnosis among Turkish immigrants with psychotic disorder: a clinical controled study in Germany. Acta Psychiatr Scand, 101:125-129.
10. Hauf E, Vaglum P (1994) Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees. A prospective community study of prevalence, course, psychopathology and stressors. J Ner Dis, 182: 85-90.
11. Howard M, Hodes M (2000) Psychopathology, adversity and service utilization of young refugees. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39:368-377.
12. Hovey JD, King CA (1996) Acculturative stress, depression and suicidal ideation among immigrant and second generation Latino adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 1183-1192.
13. Kaplan H, Sadock B, Grebb J (1994) Culture Change. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry, 7. Baskı, Williams. Wilkins. s.189, 801.

14. Lu FG, Lim LF, Mezzich J (1995) Issues in the assessment and diagnosis of culturally diverse individuals. Review of Psychiatry. Oldham JM, Riba MB. (Ed) American Psychiatric Press. s. 485.
15. Major EF (1996) The impact of the holocaust on the second generation: Norwegian Jewish holocaust survivors and their children. J Trauma Stress, 9:441-454.
16. McKelvey RS, Mao AR, Webb JA (1992) A risk profile predicting psychological distress in Vietnamese Amerasian youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 31:911-915.
17. McKelvey RS, Webb JA (1993) Long term effects of maternal loss on Vietnamese Amerasians. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32:1013-1018.
18. McKelvey RS, Webb JA (1996) Premigratory expectations and postmigratory mental health symptoms in Vietnamese Amerasians. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35:240-245.
19. McKelvey RS, Davies LC, Sang DL ve ark. (1999) Problems and competencies reported by parents of Vietnamese children in Hanoi. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:731-737.
20. Ponizovski AM, Ritsner MR, Modal I (1999) Suicidal ideation and suicide attempts among immigrant adolescents from the former Soviet Union to Israel. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:1433-1441.
21. Rahe RH, Looney JG, Ward HW ve ark. (1978) Psychiatric consultation in a Vietnamese refugee camp. Am J Psychiatry, 135: 185-190.
22. Rousseau C, Drapeau A (1998) Parent-child agreement on refugee children's psychiatric symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:629.
23. Sack WH, Clarke G, Milm C (1993) A 6 year follow up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32:431-437.
24. Sack WH, Clarke G, Seeley (1995) Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34:1160-1166.
25. Servan Schreiber D, Le Lin B, Birmaher B (1998) Prevalence of Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder in Tibetian refugee children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:874-879.
26. Sır A, Bayram Y, Özkan M (1998) Zorunlu iç göç yaşamış bir grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu üzerine ön çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 9: 173-180.

27. Sowa H, Crijnen AA, Bengi Arslan L ve ark. (2000) Factors associated with problem behaviors in Turkish immigrant children in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 35:177-184.
28. Toole M, Waldman MD (1993) Refugees and displaced persons. JAMA, 270:600-611.
29. Tousignant M, Habimana E, Biron C ve ark. (1999) The Quebec adolescent refugee project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38:1426-1432.
30. Werry SJ, Taylor E (1994) Schizophrenic and allied disorders. Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. 13. baskı, Rutter M, Taylor E, Hersov L (Ed), Blackewell Science Ltd. s. 602-603.
31. Westermeyer J (2000) Severity of trauma among refugee psychiatric patients. Psychiatric Times, Vol. 17. 4.

SLAYT SUNUMU

1

İKİ UÇLU DUYGUDURUM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARI İZLEMEDE KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER: NEDEN VE NASIL UZUN SÜRELİ İZLEM?

Prof. Dr. Simavi Vahip
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet

Lityum kullanma pratiğinin içerdiği zorluklar ve sorunlar nedeniyle önceleri "Lityum Klinikleri" olarak başlayan uygulamalar son dönemde tanı yönelimli yaklaşımla yerini "Duygudurum Bozuklukları Kliniklerine" bırakmıştır. Uzmanlaşmış Duygudurum Bozukları Kliniklerinin en başta gelen hedefi hastalara daha nitelikli bir hizmetin sunulmasıdır. Hastaların ve ailelerinin çok yönlü bilgilendirilmesi, yinelemelerin önlenmesi, hospitalizasyonların azaltılması, ilaç yan etkileriyle daha etkili başetme, entoksikasyon riskinin azaltılması, sağaltıma uyumsuzluk süreçlerine daha etkili

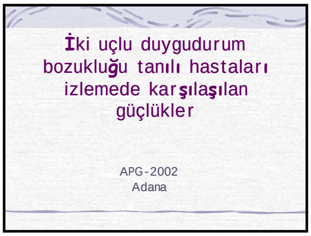
müdahale, daha nitelikli hizmetin temel bileşenleridir. Duygudurum bozukluklarında uzunlamasına gidiş o kadar çok ve farklı etken tarafından etkilenebilmektedir ki, uzunlamasına gidiş üzerine etkili olabilmenin belki de tek yolu uzun süreli, düzenli ve uzmanlaşmış bir izlemdir.

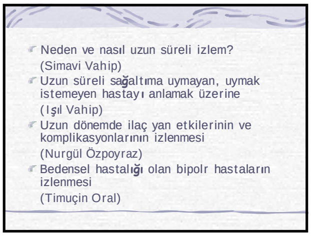
Uzmanlaşmış bir birimin sağlayacağı diğer kazanımlar da son derece önemlidir. Tanıda ve sağaltımlarda uzmanlaşma, tıp, uzmanlık ve tamamlayıcı meslek gruplarının (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, vd) eğitiminde yaratacağı olanaklar oldukça verimli bir zemin yaratmaktadır. Bir diğer önemli kazanım da araştırmalar için sağlayacağı neredeyse sınırsız olanaklardır. Hasta (tanı) havuzları, araştırmaya dönüştürülebilir arşiv ve çok merkezli çalışmalara hazır bir merkezin oluşması bunların birkaçıdır. Ülkemiz için henüz öne çıkmasa da uzmanlaşmış birimlerin doğrudan ve dolaylı maliyet azalması yarattığı da araştırmalarla gösterilmiştir.

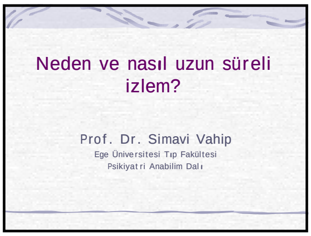
Bu konuşmada uzmanlaşmış bir Duygudurum Bozuklukları Birimi’nin neden gerektiği, başlıca hedefleri ve kazanımları ile nasıl kurulabileceği aktarılmaya çalışılacaktır. Sağlayacağı büyük kazanımlar yanında, böyle bir birim kurmaya niyetlenenleri bekleyen potansiyel sorunlar ve sakıncalar da irdelenmeye çalışılacaktır.

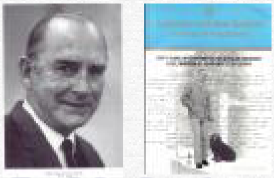
Kaynaklar

1. Vahip S, Saygılı R, Tuğlular I. Lityum klinikleri ve kliniğimizdeki uygulamanın özellikleri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1989; 28(3) : 1133-1138.
2. Vahip S, Saygılı R, Tuğlular I. Bir “Lityum Kliniği” uygulamasının ilk sonuçları : Profilaktik etkinlik. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1989 ; 28(5) : 2301-2308.
3. Fieve RR . The lithium clinic : a new model for the delivery of psychiatric services. Curr Psychiatr Ther 1977 ; 17 : 189-200.


İki uçlu duygudurum bozukluğu tanılı hastaları izlemede karşılaşılan güçlükler
APG-2002
Adana


Neden ve nasıl uzun süreli izlem?
(Simavi Vahip)
Uzun süreli sağaltıma uymayan, uymak istemeyen hastayı anlamak üzerine
(Işıl Vahip)
Uzun dönemde ilaç yan etkilerinin ve komplikasyonlarının izlenmesi
(Nurgül Özpoyraz)
Bedensel hastalığı olan bipolr hastaların izlenmesi
(Timuçin Oral)


Neden ve nasıl uzun süreli izlem?
Prof. Dr. Simavi Vahip
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı



Bir bipolar kadın hasta 25 yaşında hastalanırsa...

Sağaltımsız – beklenenden 9 yıl daha kısa yaşam ve iş veriminde 14 yıllık yitim

Sağaltım ile – yaşamının 6.5 yılını geri alacak, iş veriminin ise 10 yılını...

ABD Sağlık Bakanlığı verileri 1979

Temel amacımız

- Hastalığın doğal seyrini kontrol altına almaya ve değiştirmeye çalışmak.
- Nasıl?
  - İlaçlarla,
  - Psikoterapötik girişimlerle
  - vb. araçlarla
- Ölçüt ne? Hastalar, yakınları ve klinisyen için...
  - Yeni epizodlar, kalıntı belirtiler, işlevsellik, sosyal ve psikolojik bedeller

İki uçlu duygudurum bozukluğu...

- Nasıl bir hastalık(lar)la karşı karşıyayız?
  - Ne biliyoruz ne bilmiyoruz?
  - Yaşamda yol aldıkça sürece etkili neler oluyor?
  - İlaç etkisini belirlemenin zorlukları var
  - İlaç, doğal gidişi etkileyebilen tek faktör değil
  - Doğal seyir o kadar fazla faktörden etkileniyor ki...

Ne biliyoruz ne bilmiyoruz?

- Başlangıç yaşı 20'li yaşlar
- Başlangıç yaşı küçüldükçe prognozda olumsuzlaşma
- Bireysel değişkenliğe karşın döngü uzunluklarında giderek kısalma
- Yaşanan episod sayısı arttıkça beynin ötimik kalma kapasitesinde azalma
- Değişken döngü örüntüsü (DMİ, MDİ...)

Ne biliyoruz ne bilmiyoruz?

- Mevsimsellik (1/4)
- Psikotik boyut (1/5, olumsuz prognoz)
- Hızlı döngülülük (Kadınlar, hipotiroidi)
- Antidepresanların etkisi (?)
- Stres verici yaşam olaylarının etkisi
- Gebelik ve doğum sonrası
  - Stres,hormonal değişim, sönme (?), postpartum başlama 1/1000, BP bir hastada postpartum epizod %50<

Ne biliyoruz ne bilmiyoruz?

- En önemli olumsuz sonlanım: ÖZKIYIM
  - Önceleri, beklenenin 6 katı idi, şimdilerde 2-2.5 katı
  - İki açıdan dikkat
    - Her hasta için daha başarılı sağaltım arayışlarımızı gündemde tutulmalı
    - İlaç kesme gibi tehlikeli işlemlere temkinli yaklaşılmalı
  - Lityum ve Özkıyım
    - Lityumu kesilenlerde risk, kesilmeyenlerden yaklaşık 9 kat fazla
    - Lityumun antibipolar etkisinin ötesinde özkıyım karşıtı (antisuisidal) etkisi var

Bipolar Bozukluğun Gidişinde Ruhsal ve Toplumsal Faktörler

- İlaç gidişe etkili tek faktör değil
- Olumlu-olumsuz herşeyi ilaca bağlamak doğru değil
- Gidişe etkili öteki olası faktörler:
  - Hastalığı kabullenme sorunları
  - Sağaltıma uyum sorunları
  - Stres verici yaşam olayları
  - Sosyal destek sistemleri
  - Psikoterapi girişimleri

Yakın çağa ait gidişi etkileyebilen bazı faktörler

- Toplumsal yapıdaki değişmeler (boşanma, değişen iş etiği, vb.)
  - "Gevşeyen" sosyal destek sistemleri
  - Tedaviye uyum ve sosyal destek sistemleri (Vahip ve ark. 1996)
- Yaygınlaşan madde kullanım bozuklukları
- Artan komorbidite (kişilik boz. vb.)
- Hastalar artık ilaçsız çağın hastaları değil!

Hastalar artık ilaçsız çağ hastaları değil...

- Lityumun ani kesilmesi mani davet ediyor (Non-kompliyansla mücadelenin bir başka önemi)
- Antidepresanlar, belki özellikle TSA manik kayma/döngü hızlanması riski taşıyor (?)
- Li, VPA, KBZ, atipik AP, öteki antikonvülsanların varlığı ile artık daha çok hastanın gidişini olumlu etkileyebiliyoruz

Bipolar Bozukluğun Gidişinde

- Yerel ve kültürel faktörlerin olumlu /olumsuz rolü
  - Sosyal destek ve kompliyans; atıflar ve kompliyans (Vahip ve ark. 1996)
- Yerel/kültürel özellikleri de gözeten, uygulanabilir psikoterapi girişimi modellerine gereksinim (Kocadere, Vahip ve Vahip)

Gidişe doğrudan ya da dolaylı etkili diğer faktörler

- Bedensel hastalıkların varlığı
- Ek ilaç kullanımları
- Yaşlılık
- Hastalık olanla olmayanı ayırmada hastaların yaşadıkları güçlükler
- Vb.

İki uçlu duygudurum bozukluğunun gidişi bu kadar çok faktörden etkilendiğinden ve psikofarmakoterapisi oldukça karmaşık olduğundan hastalığın gidişini kontrol altına almak, ancak...

- Uzun süreli ve düzenli
- Olası ise hep ayni merkezde (>Birimde>kişide)
- Gelişigüzel değil, sistematik
- Yaşanılan her şeyin anlamlandırılacağı

...işlevsel bir izlemle olası

- Uzmanlaşmış Duygudurum Bozuklukları Birimi
- Duygudurum Bozuklukları Birimi gibi çalışılabilen poliklinik günleri
- Bir psikiyatristin bir hasta özelinde aynı ilkelerle yaklaşımı

Kısa tarihçe

- New York, ABD (Ronald R, Fieve, 1960'lar)
- İngiltere (Kerry, 1969)
- Avustralya (Jarret, 1973)
- İspanya (Lopez İbor ve ark., 1965)
- Directory of Lithium Clinics (1975)
  - ABD'de 122 klinik
- Lityum Polikliniği (Affektif Hastalıklar Birimi) (S. Vahip, İzmir, 1986)
- Duygudurum Bozuklukları Birimi (Yazıcı ve ark., İstanbul)

Neden ayrı ve uzmanlaşmış birim?

- Daha nitelikli bir hizmet
  - Hastalar ve ailelerini, hastalık ve sağaltımı ile ilgili bilgilendirmek
  - Uzun süreli sağaltımı denetlemek (yaşam boyu?)
    - Bazı genel bilgilerimize karşın birey özelinde uzunlamasına gidiş düzenini öngörmek olanaksız gibi
    - Uzunlamasına gidiş örüntüsü o kadar çok etkenden etkileniyor ki!
    - *Uzunlamasına gidiş üzerinde etkili olabilmenin tek yolu uzun süreli, düzenli ve uzmanlaşmış izlem*

Neden ayrı ve uzmanlaşmış birim?

- Nitelikli uzun süreli sağaltım denetimi
  - Yinelemeleri önlemek/azaltmak/hafifletmek
  - Yan etkileri azaltmak/daha etkili başetmek
  - Entoksikasyon riskini azaltmak
  - Hospitalizasyonları azaltmak
  - Sağaltıma uyumu artırmak
  - v.b.
- Özetle hasta lehine sürece daha etkili girişimde bulunmak için

Neden ayrı ve uzmanlaşmış birim?

- Uzmanlaşmaya zemin yaratmak
  - Tanıda
  - Sağaltımda
- Eğitim olanağı yaratmak
  - Uzmanlık eğitimi
  - Tıp eğitimi
  - Tamamlayıcı meslek gruplarının eğitimi (psikolog, SHU, hemşire vd.)

Neden ayrı ve uzmanlaşmış birim?

- Araştırmalar için olanak yaratmak
  - Hasta (tanı) havuzları
  - Araştırmaya dönüştürülebilir arşiv
  - Çok merkezli çalışmalara hazır merkez
- Diğer amaçlar
  - Doğrudan ve dolaylı maliyeti azaltmak
  - Bireye (klinisyene) aktarım değil, kuruma (kliniğe) aktarım

Fizik Mekan

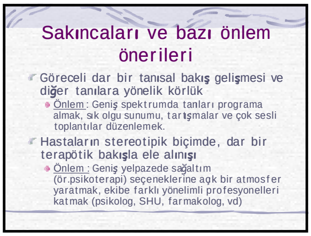
- Önemli mi?
  - Hem evet hem hayır!
  - Hastaların etkileşimlerine aracılık etmek üzere önemli
    - İnformel psikoterapi ortam
    - Çeşitli bilgi iletim olanaklarından yararlanmak
  - Mekan sorunu amacın önüne geçmemeli

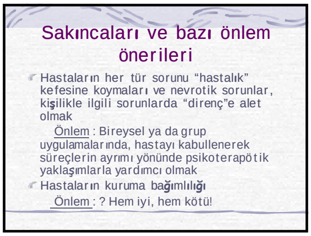
İki uçlu duygudurum bozukluğunun gidişi bu kadar çok faktörden etkilendiğinden ve psikofarmakoterapisi oldukça karmaşık olduğundan hastalığın gidişini kontrol altına almak, ancak...



- Uzun süreli ve düzenli
- Olası ise hep ayni merkezde (>Birimde>kişide)
- Gelişigüzel değil, sistematik
- Yaşanılan her şeyin anlamlandırılacağı

...işlevsel bir izlemle olası


Sakıncaları ve bazı önlem önerileri
Göreceli dar bir tanısal bakış gelişmesi ve diğer tanılara yönelik körlük
Önlem : Geniş spektrumda tanları programa almak, sık olgu sunumu, tartışmalar ve çok sesli toplantılar düzenlemek.
Hastaların stereotipik biçimde, dar bir terapötik bakışla ele alınışı
Önlem : Geniş yelpazede sağaltım (ör.psikoterapi) seçeneklerine açık bir atmosfer yaratmak, ekibe farklı yönelimli profesyonelleri katmak (psikolog, SHU, farmakolog, vd)


Sakıncaları ve bazı önlem önerileri
Hastaların her tür sorunu "hastalık" kefesine koymaları ve nevrotik sorunlar, kişilikle ilgili sorunlarda "direnç"e alet olmak
Önlem : Bireysel ya da grup uygulamalarında, hastayı kabullenerek süreçlerin ayrımı yönünde psikoterapötik yaklaşımlarla yardımcı olmak
Hastaların kuruma bağımlılığı
Önlem : ? Hem iyi, hem kötü!

SLAYT SUNUMU

2

UZUN SÜRELİ SAĞALTIMA UYMAYAN, UYMAK İSTEMEYEN HASTAYI ANLAMAK ÜZERİNE

Doç. Dr. Işıl Vahip
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet
Bipolar bozuklukta sağaltıma uyum güçlüğü, çoğu hasta için hastalığın ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak şiddeti hastadan hastaya ve hastalığın evresine göre değişkenlik gösterir.

Sağaltıma uyum güçlüklerinin en yoğun yaşandığı dönem ilk yıl, özellikle de ilk altı aydır (3). Birçok hasta için, ilaç kullanmak hasta olmakla eşanlamlıdır. Hastalığı yadsımak ise bir gereksinimdir. Kabullenme, ancak süreç içinde ve klinisyenin yardımıyla olur. Çalışmalar göstermektedir ki, bu süreçte ilaçla sağaltıma uymadaki en belirleyici etken ne hastalığa, ne de ilaca bağlı özellikler olmayıp, hastanın hekimiyle olan ilişkisidir (4). Güvene dayalı, dürüst ve eşduyumun hissedildiği bir terapötik

işbirliği, farmakolojik sağaltımdan iyi sonuç alınıp alınamamasını kuvvetle etkiler. Görüşmelerde, duygusal olarak destekleyici bir atmosfer yaratmak ve bu atmosfer içinde, iki uçlu duygudurum bozukluklu bir hasta olmanın ve devamlı ilaç kullanıyor olmanın getirdiği güçlüklere, psikolojik sorunlara odaklanmak, hastanın kaygılarını dile getirmesine olanak sağlamak önemlidir.

İki uçlu duygudurum bozukluğunda kayıplar kaçınılmazdır ve bunlar hastanın intrapsişik yaşantısını ciddi biçimde etkiler. Bunlardan bir kısmı sağaltımla ilgilidir. Duygudurum dengeleyicisinin bilişsel ve fizik yan etkilerini belirgin yaşayan hastaların kayıpları daha fazla olacaktır. Ayrıca sağaltım dalgalanmaları ortadan kaldığı için, hipomani sırasında yaşanan yaratıcılık ve üretkenliğin kaybedilmesi yabancı kaynaklarda üzerinde durulan bir konudur. Bizim kültürümüzde hastaların büyük bölümü böyle bir yakınma getirmese de, küçük bir grubun bundan rahatsız olabileceği ve bunu bir kayıp olarak algılayabileceği unutulmamalıdır. Sağaltıma bağlı simgesel ya da gerçek kayıpları da göz önüne almak gerekir.

Süregen bir hastalığa sahip olmak ve uzun süreli, hatta belki ömür boyu sürecek bir sağaltım görüyor olmak, özgüvende azalmaya ve eksikli olma duygularına yol açabilir. Bu bazen sağaltımın haksız yere suçlanmasına neden olabilir. Bu durumda, aslında hastalık ve sağaltımdan bağımsız olan, yaşamdaki bazı başarısızlıklar sağaltıma yansıtılabilir (2). Süregen bir psikiyatrik bozukluğa sahip olmanın, hastanın yaşamında boşanma, işten ayrılma/uzaklaştırılma, toplumsal çevredeki bazı kişilerin uzaklaşması gibi gerçek kayıplara yol açabildiğini de unutmamak gerekir (1).

Kaynaklar

1. Doğaner İ, Vahip I (1994) İki uçlu duygudurum bozukluğunda sosyometrik-psikodramatik grup terapisi uygulaması. Türk Psikiyatri Dergisi 5(3):127-133.

2. Kahn D. (1990) Psychotherapy of mania. Psychiatric Clin North America 13:229-240.
3. Vahip S, Vahip I. (1996) Incidence and characteristics of lithium non-compliance. X. World Congress of Psychiatry: Abstracts, cilt 2, Madrid, s. 247.
4. Vestergaard P, Amdisen A (1983) Patient attitudes towards lithium. Acta Psychiatr Scand. 67 (1):8-12.

Uzun süreli sağaltıma uymayan/uymak istemeyen hastayı anlamak üzerine

Doç. Dr. Işıl Vahip
E.Ü.T.F Psikiyatri A.D.

Sağaltıma uyum/uyumsuzluk, hastalık yaşantısı ve hastalığı algılayış biçimi ile yakından ilgilidir.

Sağaltıma uyum ya da uyumsuzluk

- Hastalığa ilişkin özellikler

Sağaltıma uyum ya da uyumsuzluk

- Hastalığa ilişkin özellikler
- Hastaya ilişkin özellikler
  (gelişim/kişilik özellikleri)

Sağaltıma uyum ya da uyumsuzluk

- Hastalığa ilişkin özellikler
- Hastaya ilişkin özellikler
  (gelişim/kişilik özellikleri)
- İlaca ilişkin özellikler
  (etkinlik, yan etkiler, diğer özellikler)

Sağaltıma uyum ya da uyumsuzluk

- Hastalığa ilişkin özellikler
- Hastaya ilişkin özellikler
  (gelişim/kişilik özellikleri)
- İlaca ilişkin özellikler
  (etkinlik, yan etkiler, diğer özellikler)
- Sosyo-kültürel özellikler
  (kadın-erkek farklılığı, kültüre ilişkin özellikler, aile desteği, toplumsal destek, damgalanma)

Sağaltıma uyum ya da uyumsuzluk

- Hastalığa ilişkin özellikler
- Hastaya ilişkin özellikler
  (gelişim/kişilik özellikleri)
- İlaca ilişkin özellikler
  (etkinlik, yan etkiler, diğer özellikler)
- Sosyo-kültürel özellikler
  (kadın-erkek farklılığı, kültüre ilişkin özellikler, aile desteği, toplumsal destek, damgalanma)
- Hekime ilişkin özellikler
  (hekimin ilaca karşı tutumu, terapötik yaklaşım, hizmetin sürekliliği, karşı aktarım)

Hastalığa ilişkin özellikler

Hastalığa ilişkin özellikler

- Süregen

Hastalığa ilişkin özellikler

- Süregen
- Yineleyici

Hastalığa ilişkin özellikler

- Süregen
- Yineleyici
- Doğal seyri düzensiz

Hastalığa ilişkin özellikler

- Süregen
- Yineleyici
- Doğal seyri düzensiz
- Aile içi ve toplumsal ili şkilerin düzenlenmesinde güçlükler yarat ır

Hastalığa ilişkin özellikler

- Süregen
- Yineleyici
- Doğal seyri düzensiz
- Aile içi ve toplumsal ilişkilerin düzenlenmesinde güçlükler yaratır
- Kayıplara neden olur

"İnsanlarda altı ayın birikimi var. Ne yapacağım belli olmaz diye korkuyorlar. İstiyorum ki, herşey eskisi gibi olsun. Tabii olmuyor. Kırgınlıkları tamir etmem gerekiyor."

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Normal gelişim sürecinin kesintiye uğraması

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Normal gelişim sürecinin kesintiye uğraması
- Normal ve anormal duygudurumlar ı birbirinden ay ırt etmede güçlükler

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Normal gelişim sürecinin kesintiye uğraması
- Normal ve anormal duygudurumlar ı birbirinden ay ırt etmede güçlükler
- Yineleme korkuları

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Aile, eş ve toplumsal çevrede oluşan etkiler ve kayıplar

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Aile, eş ve toplumsal çevrede oluşan etkiler ve kayıplar
- Kalıtımla ilgili kaygılar

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Sağaltıma bağlı olarak meydana gelen kayıplar

Hastalığa ilişkin özellikler: Kayıplar

- Sağaltıma bağlı olarak meydana gelen kayıplar
- Sağaltıma bağlı simgesel kayıplar

Bipolar bozukluğa ve lityuma karşı tutum

- Duyguların ilaç tarafından kontrol edilmesinden hoşlanmama

Bipolar bozukluğa ve lityuma karşı tutum

- Duyguların ilaç tarafından kontrol edilmesinden hoşlanmama
- Hastalığı ve ilaç kullanma gereksinimini kişisel bir zayıflık olarak görme

Yaşam kalitesi

Hastanın yaşam kalitesi, hastalığa uyumla yakından bağlantılıdır.

İlaç kullanmak = Hasta olmak

Hastaların çoğu, "iyi olmak" denince, bir daha ilaç kullanmalarına gerek kalmayacak olan günü hayal ederler.

İyi olmak ≠ ilaçsız olmak

İyi olmak = semptomsuz olmak ve herkes kadar işlevsel olmak

Bir bipolar babanın oğlu:

1. "Hep yatıyor. Bizimle hiç konuşmuyor."

Bir bipolar babanın oğlu:

1. "Hep yatıyor. Bizimle hiç konuşmuyor."
2. "En çok sevdiğim hali."

Bir bipolar babanın oğlu:

1. "Hep yatıyor. Bizimle hiç konuşmuyor."
2. "En çok sevdiğim hali."
3. "Saldırgan."

Bir bipolar babanın oğlu:

1. "Hep yatıyor. Bizimle hiç konuşmuyor."
2. "En çok sevdiğim hali."
3. "Saldırgan."

"keşke olmasaydık..."

Bir bipolar babanın oğlu:

Suçluluk ve utanç:

"Şimdi benimle babam ı aynı kefeye koyacak."

Sosyo-kültürel özellikler

- Ailenin sağaltımdaki yeri ve önemi
  - Akut epizod
  - Epizoddan çıkış
  - Koruyucu sağaltım
- Damgalanma
- Toplumsal değer yargıları ve önemsenen konular

Hekime ilişkin özellikler

- İlaca karşı tutum
- Terapötik yaklaşım
- Verilen hizmetin sürekliliği
- Hizmet verilen ortamın düzenlenmesi
- **Karşı aktarım**

Karşı aktarım

"*Hep tekrarlayacak mı?*" sorusu

Karşı aktarım

Sağaltıma uyumsuzluk;
fizyolojik bir yan etki gibi,
olağan ilaç yan etkilerinden biri gibi
kabul edilmelidir.

Karşı aktarım

Sağaltıma uyumsuzluk;

- Deneyimle
- Öğrenmeyle
- Eğitimle
- Psikoterapiyle

düzelebilir.

"Bipolar hastalığının bilincinde iseniz, onunla birlikte onsuz yaşamanın yolunu da bulursunuz. Hem hastayız. Hem istersek, hasta değilmiş gibi yaşayabiliriz. Hastalığımızı unutarak yaşamayı denemeli (ilaçlar ve kontrollar aksamadan). İlaçları su gibi, ekmek gibi kabul etmeli. Hastalığımızı da elimizdeki beşinci parmağın yanında küçük bir altıncı parmak olarak kabul edeceğiz. Ona da diğer organlarımız gibi bakacağız, hastalanmamak için önlem alacağız."

"Benim gönlüm de KARACAOĞLAN'ın gönlü gibi DELİ.

DELİ GÖNLÜME alıştım. Onu seviyorum.

Bipolarsız günler dileğiyle sevgilerimi sunarım."

SLAYT SUNUMU

3

BEDENSEL HASTALIĞI OLAN BİPOLAR HASTALARIN UZUN SÜRELİ İZLEMİ

Doç. Dr. E. Timuçin Oral
Bakırköy Ruh ve Sinir
Hastalıkları Hastanesi

Özet

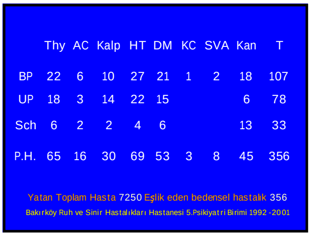
Bazı bedensel hastalıklar sırasında iki uçlu bozukluk görüldüğünde ya da tersine iki uçlu bozukluk nedeniyle koruyucu sağaltımda olan bir kişinin bir bedensel hastalığı ortaya çıktığında ne olacağı günlük uygulamada sık karşılaşılan bir sorun olmasına karşın, üzerinde az konuşulan ve tartışılan bir konudur. Önemli bir izleme sorunu oluşturan bu konunun olgular üzerinden tartışılması hedeflenmiştir.

Bu nedenle, bu konuşmanın içeriğini iki uçlu bozukluk tanısı almış, koruyucu sağaltımda olan ve aynı zamanda kardiyak, renal, endokrin, hepatik ya da diğer gastrointestinal yakınması olan hastaların sağaltımında izlenecek yöntemler oluşturacaktır. Örneğin, sık karşılaşılabilecek sorunlardan birisini böbrek

hastalıklarında lityum uygulamasını nasıl olacağı oluşturur. Böbrek hastalıkları ilk bakışta lityumun tamamen kontrendike olduğu bir hastalık grubu gibi görünmektedir; oysa, lityum bazı böbrek hastalıkları ya da onların tedavi sürecinde güvenle kullanılabilmektedir. Aynı şekilde tiroid hastalıkları da, ülkemizde endemik guatrın yaygınlığı nedeniyle, sık karşılaşılabilen bir sorundur; dahası, lityum kullanım sürecinde ortaya çıkabilecek hipotiroidi konuyu daha da önemli kılmaktadır. Öte yandan basit bir rahatsızlık olarak görülerek kolayca göz ardı edilebilecek akne vulgaris, hastanın ilaç ve tedavi uyumunun bozulmasından tek başına sorumlu olabilir. Sık karşılaşılabilecek bir diğer durum da, herhangi bir cerrahi girişim uygulanacak hastanın almakta olduğu koruyucu sağaltımın ne olacağıdır. İlaç ne zaman ve ne kadar süreyle kesilmelidir?

Konuşma boyunca yukarıda söz edilen soruların yanıtları tartışılacak ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine başvuran bazı iki uçlu bozukluk hastalarının koruyucu sağaltımları sırasında ortaya çıkan tablolardan örnekler verilecektir.





	Thy	AC	Kalp	HT	DM	KC	SVA	Kan	T
BP	22	6	10	27	21	1	2	18	107
UP	18	3	14	22	15			6	78
Sch	6	2	2	4	6			13	33
P.H.	65	16	30	69	53	3	8	45	356

Yatan Toplam Hasta 7250 Eşlik eden bedensel hastalık 356
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 5.Psikiyatri Birimi 1992 -2001



57 y, Erkek, Evli 2 çocuklu,
İsviçre'den malulen emekli

35 yıllık BP hastalık öyküsü. Mani dönemlerinde artan alkol kullanımı.

Anne BP

Başvuru sırasında depresif dönemde.

Son 10 yılda 3 yatış, 2 suisid girişimi

DM - AKŞ 270-280 mg düzeyinde, insülinle regüle

HT - TA 160/80 mmHg civarında

Prostat büyümesi, Psöriazisi var

57 y, Erkek, Evli 2 çocuklu,
İsviçre'den malulen emekli

Başvuru sırasında kullandığı ilaçlar:

1. Lisinopril
2. İnsülin
3. Floksetin 40 mg/gün
4. Mianserin 90 mg/gün
5. Tioridazin 30 mg/gün

Lityum birkaç kez önerilmiş, düzenli almamış, halen de kullanmıyor

57 y, Erkek, Evli 2 çocuklu,
İsviçre'den malulen emekli

Öneriler:

I. Antihipertansif ve Antidiabetik devam
II. Floksetin kesildi
III. Mianserin kesildi
IV. Tioridazin kesildi
V. Lityum verilemedi
VI. Valproat başlandı
VII. Venlafaxin başlandı

Mide Ca oldu. Halen Kemoterapi devam ediyor.

OLGU I I

BP I + Kalp Yetmezliği
+ Obstrüktif Damar Hastalığı

59 y, Bekar, Kadın - Opere Transseksüel

34 yıllık hastalık. BP I
Toplam 8 (5 Manik, 2 Depresif, 1 Karma) Dönem

33 yıl önce cinsiyet değiştirme operasyonu
39 yıldır alkol kullanımı

Baba Alkolik Siroz, Büyükbaba Alkol Bağımlısı, Hala OKBDüzenli Li kullanıyor, keserse hastalanıyor.

Kalp Yetmezliği + Obstrüktif Damar Hastalığı için Furosemid kullanıyor. Li kontrendike bulunmuş.

Kalp Hastalıkları ve HT

- Li elektriksel ileti ile ilgili dikkat !
  - %13-100 T dalgası düzleşmesi
  - Sinus düğümü disfonksyonu ?

ß

Li, MI sonrası kullanılabilir
  - ileti bozukluklarına dikkat
  - kan düzeylerine dikkat

- CBZ çok daha riskli kan düzeylerine dikkat
- VPA görece en güvenilir koruyucu ajan

Deri Hastalıkları

- Li ile en çok rastlanan Akne vulgaris'tir.
- Hem topikal hem sistemik uygulanan Retinoik asit yararlı olur.
- Psöriazis Li ile alevlenebilir.
- Li viral çoğalmayı durdurur ve Herpes Simpleks'de yararlı olabilir.
- VPA ve CBZ ile Lupus benzeri sendromlar bildirilmiştir.
- VPA saç dökülmesine yol açabilir. (Li da yapabilir)

Diabetes Mellitus, Metabolizma

- Li kan şekeri üzerindeki etkisi bilinmiyor.
- VPA hiperglisemi yapabilir ?
- CBZ kan şekerini etkilemez.

- CBZ kalsiyumu düşürür, alkalen fosfatazı artırır Vit-D düzeyini düşürür

OLGU III

BP II + Periferik Yüz Felci + Operasyon

35 y, Kadın, Evli 1 çocuklu, Teknik ressam,

11 yıllık hastalık öyküsü. BP Tip II
İlk 6 yılda 14 atak, son 5 yılda atak yok

Son yıllarda eşik altı atak benzeri tablolar yaşanıyor

Ameliyat nedeniyle, ilaçları ne zaman kesmesi gerektiği tartışma konusu oldu.

SORU: İLAÇLAR NE ZAMAN KESİLMELİ ?

Cerrahi Girişimler

– Li alan hasta ameliyat edileceği zaman
  a) poliüri nedeniyle dehidratasyona
  b) anestezik ajanlar ile etkileşimine
  c) hastalığın nüksetme olasılığına dikkat

– Tüm ilaçlar ameliyat öncesi dönemde kesilmeli
  CBZ sitokrom sistemi üzerine etkili,
  VPA proteinlere bağlanır
  İkisi de ilaç etkileşimlerine neden olurlar.

Li ve İlaç Etkileşimi

ACE inhib. (Kaproptil, enalapril) Tiyazidler, Floksetin, Fenotiyazin, Haloperidol Metronidazol, NSAI	Li düzeyi yükselir
Ca-kanal blokeri (Verapamil)	Li düzeyi düşer
KBZ	Nörotoksisite artar
İyotlu bileşikler	Hipotiroidik etki artar
Na	Böbrekte emilim değişir
Ksantenler (Teofilin)	Li atılımı artar

VPA ve İlaç Etkileşimi

Alkol	MSS depresyonu artar
Dikumarol, Aspirin, Warfarin	Kanama zamanı uzar
KBZ	KBZ ve metaboliti artar
Fluoksetin, Lamotrijin	VLP düzeyi artar
Fenobarbital	MSS depresyonu artar
Fenitoin	Artar

CBZ ile Kan Düzeyi Yükselen İlaçlar

Alprazolam (?)	Ethosuksimid	Nimodipin (?)
Amitriptilin	Felbamat	Fenitoin
Bupropion	Flufenazin (?)	Prednizolon
Klobazam	Haloperidol	Primidon
Klonazepam	OC	Teofilin
Klozapin	Imipramin	Tiyotiksen (?)
Dikumarol (?)	Lamotrijin	Valproat
Doksepin	Metadon	Warfarin
Mianserin	Methilprednizolon	

Ketter ve ark 1991

CBZ Kan Düzeyini

Yükselten İlaçlar	Düşüren İlaçlar
Baklofen (?)	CBZ (kendi kendine)
Simetidin	Felbamat
Floksetin	Fenobarbital
Fluvoksamin	Primidon
İzoniazid	Valproat
Lamotrijin	
Terfenadin	
Valproat	
Verapamil	

OLGU IV

BP I + Becker tipi Müsküler Distrofi

25 yaşında, Bekar, Erkek, Akşam Ticaret Lisesi öğrencisi, Robert Kolej terk

Kolejde okurken başlayan 11 yıllık hastalık
3 depresif 3 manik atak - BP I
Baba BP, Dayı UP

5 yılda 4 kez yatış, 2 suisid girişimi.

Li ve VPA yeterli olmuyor, uyum sorunu da var.
Anksiyete ön planda. Benzodiazepin verilemiyor.

SORU: TEDAVİDE NE ÖNERİLMELİ ?

OLGU V

BP II + Hipotiroidi

54 y, Kadın, Evli, 2 çocuklu,
Malulen Emekli Öğretmen

16 yıllık hastalık, BP II
Fare zehiriyle suisid girişimi, kızını da öldürmeye kalkıştığı için yargılanmış, TCK 46 kararı verilmiş

4 yıl Li kullanmış, hiç Tiroid monitorizasyonu yapılmamış. Halsizlik yakınmaları sürekli olunca araştırılıp Hipotiroidi bulunmuş.

Li kesilmeden Levotiron başlanmış. Ayrıca Kr Dermatid ve Diskopati saptanmış. Kortizonlu pomatlar kullanıyor.

OLGU VI

BP I + Hipotiroidi

53 y Kadın, Bekar, Evkadını

18 yıllık hastalık. BP I
Son 2 yıla kadar tümü Manik / Karma, sonra hepsi Depresif. 2 yıldır düzenli VPA kullanıyor.

Hipotiroidi nedeni ile hiç Li kullanılmamış
Ailede Tiroid hastalığı öyküsü.
Tiroid USG: Multinodüler hiperplazi. Her iki lob alt polde hipoaktif nodüller.

Etkili kan düzeyine karşın VPA ile yılda ortalama 2 psikotik depresif dönem

Tiroid Hastalıkları

- Li ile Hipotirodi (zaman içinde kendiliğinden düzelebilir)
- Nadir de olsa hipertiroidi ve tirotoksikoz
  Yakın izleme ve antikor tayini gereklidir
- Li kullanılması gerekliyse, tiroid hormonu ya da hipertiroidi tedavisi ile birlikte kullanılır.

- CBZ ve VPA T_3 – T_4 seviyelerini artırırlar, TSH düzeyini değiştirmezler

OLGU VII

BP I + Geç Distoni
+ Renal Yetmezlik

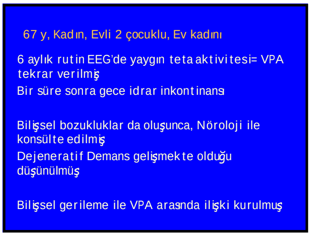
67 y, Kadın, Evli 2 çocuklu, Ev kadını

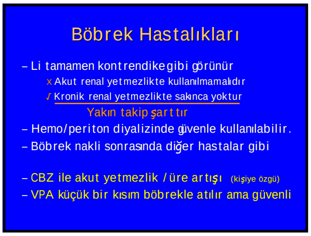
25 yıllık hastalık. Yılda 1-2 kez, yazın manik, kışın depresif dönemler. Eşin kaybı ile suisid girişimi

BP I + Tardiv Distoni tanısıyla Klonazepam + CBZ
Ataklar yineleyince Li + VPA verilmiş.

Li entoksikasyonu olunca böbrek yetmezliği saptanmış. Li kesilmiş, VPA yeterli olmamış.

Klozapin başlanmış = Tam iyileşme ve Distonide gerileme


67 y, Kadın, Evli 2 çocuklu, Ev kadını
6 aylık rutin EEG'de yaygın teta aktivitesi= VPA tekrar verilmiş
Bir süre sonra gece idrar inkontinansı
Bilişsel bozukluklar da oluşunca, Nöroloji ile konsülte edilmiş
Dejeneratif Demans gelişmekte olduğu düşünülmüş
Bilişsel gerileme ile VPA arasında ilişki kurulmuş


Böbrek Hastalıkları
– Li tamamen kontrendike gibi görünür
x Akut renal yetmezlikte kullanılmamalıdır
√ Kronik renal yetmezlikte sakınca yoktur
Yakın takip şarttır
– Hemo/periton diyalizinde güvenle kullanılabilir.
– Böbrek nakli sonrasında diğer hastalar gibi
– CBZ ile akut yetmezlik / üre artışı (kişiye özgü)
– VPA küçük bir kısım böbrekle atılır ama güvenli


OLGU VIII
BP I + Diabetes Insipidus

42 y, Erkek, 2 kez evlenmiş, Çocuksuz,
Malulen Emekli Öğretmen

18 yıllık hastalık. BP I
17 yıl önce Li, düzensiz kullanım sonrası VPA eklenmiş.

1994'den beri tam iyilik hali mevcut. Düzenli ilaç kullanıyor.

30 yıllık Diabetes Insipidus
Diabinese ve Minirin kullanılmış. 12 yıldır almıyor.
Hiçbir yakınması yok

OLGU IX

BP I + Lökemi

67 y, Erkek, Evli 3 çocuklu, Emekli asker

20 yıllık hastalık. BP I
Uzun süre Li kullanımı, normal yolla emekli olmuş,
Depresif dönemler sayıca fazla ve ağır
Son 5 yılda suisid girişimleri

Son yatışta rutin inceleme sırasında Beyaz Küresi 20.000/mm küp bulunmuş.

GATA'da yapılan incelemede Myeloid Lökemi saptandı.
Li kesildi. VPA ile tedavi sürdürüldü.

Kan Hastalıkları

- Li geri dönüşlü granülositoz yapar
- Li ile Koloni Uyarıcı Faktöre duyarlı myelojen lökemik hücrelerde artış olabilir.
- CBZ ile % 10 agranülositoz görülür.
- Yaşlı hastalarda CBZ ile trombositopeniye dikkat.
- VPA da trombositopenive ender olarak lökopeni yapabilir

Karaciğer Hastalıkları

- Li ve Gabapentin KC hastalığında en güvenilir ilaçlardır.
- Önceden karaciğer hastalığı olan kişilerde CBZ ve özellikle de VPA kontrendikedir.
- VPA ile oluşan hepatotoksisiteile Reye Sendromu arasındaki benzerlik dikkatçekicidir.
- Seyrek olarak VPA ile pankreatit bildirilmiş.

SLAYT SUNUMU

4

UZUN DÖNEMDE İLAÇ YAN ETKİLERİNİN VE KOMPLİKASYONLARININ İZLENMESİ

Doç. Dr. Nurgül Özpoyraz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakütlesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet

İki uçlu duygudurum bozukluğu (bipolar bozukluk) günümüzde duygudurum dengeleyici ilaçlarla başarıyla sağaltılabilmektedir. Bu sağaltım biçimi, duygudurum dengeleyici ilaç ya da ilaçların uzun süre, son yıllardaki yaklaşımlara göre yaşam boyu kullanılması şeklindedir. Bu uzun süreli sağaltım, kullanılan ilaçların yan etkileri ve komplikasyonlarıyla başedebilmeyi de beraberinde getirmektedir. Bunun için en doğru yöntem duygudurum dengeleyici ilaçların hastalara başlama kararı verildiğinde, yani ilaç öncesi dönemde oluşabilecek risklere karşı bazal değerlendirmelerin yapılması, ilaç başlandıktan sonra da risklere göre uygun izlemlerin yapılmasıdır. Bu temel strateji uygulandığında sağaltımda yararlandığımız en önemli araç olan

duygudurum dengeleyici ilaçların zararlı etkilerinden kişileri korumak mümkün olmaktadır.

Duygudurum dengeleyicileri arasında günümüzde de ilk seçenek olarak yerini koruyan lityumun uzun dönemde sık karşılaşılan yan etkileri arasında böbrek konsantrasyon yeteneğinde bozulma (poliüri ve polidipsi), tiroid işlevlerinde baskılanma ve guatr, tremor, bilişsel işlevlerde yavaşlama, EKG değişiklikleri, akne benzeri deri lezyonları ve kilo alımıdır. Duygudurum dengeleyicileri içinde bir diğer seçenek valproattır. Uzun dönem izlemde kilo alımı, saç dökülmesi, trombositopeni, sedasyon, karaciğer işlevlerinde bozulma, nadiren fatal hepatotoksite ve hemorajik pankreatit gibi yan etkilerin izlenmesi ve denetlenmesi gerekir. Karbamazepinin uzun dönem kullanımında lökopeni, diplopi, sedasyon, ataksi, karaciğer işlevlerinde bozulma, nadiren toksik hepatit ve deri döküntüleri seyrek olarak Stevens Johnson sendromu görülebilecek yan etkiler arasında sayılmaktadır. Yine karbamazepin sit P450 enzim sistemini indüklemesi nedeniyle ilaç ilaç etkileşimi açısından dikkatli kullanılmalıdır. Bazı ilaçların kan düzeylerinin düşmesine neden olabilir. Ayrıca her üç duygudurum dengeleyici ilacın uzun dönemde kan ilaç düzeylerinin ilaç etkinliği ve intoksikasyonu açısından izlenmesi gerekir.

Son dönemde duygudurum dengeleyici etkileriyle gündeme gelen gabapentin, lamotrigin ve okskarbazepin gibi seçenekler diğerlerine kıyasla uzun dönemde daha az sorunla karşılaşılan ilaçlar gibi gözükmektedir. Gabapentin sedasyon, ataksi, böbrek işlevlerinde bozulma, alt ekstremitede ödeme yol açabilir. Lamotrigin ise ataksi, sedasyon, deri döküntüleri seyrek olarak da Stevens Johnson sendromuna neden olabilir. Okskarbazepin kullanımında da ataksi, kilo alımı, hiponatremi gözlenebilir.

Tüm bu yan etkilerle başedebilmek için duygudurum dengeleyici başlama döneminde olası yan etkilere yönelik bazal değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Öncelikle hastanın bedensel hastalık öyküsü, sürekli kullandığı ilaçlar sorgulanmalı,

genel fizik muayenesi yapılmalıdır. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek işlevleri, elektrokardiyografi değerlendirilmeli, ayrıca ilaca ve hastaya özgü özellikler dikkate alınarak gereken ayrıntılı laboratuar incelemeleri yapılmalıdır. Örneğin lityum başlanması planlanan bir hastanın mutlaka lityum öncesi tiroid işlevleri (serbest T3, serbest T4 ve TSH) bilinmelidir. Ailesinde ya da kendisinde tiroid hastalığı öyküsü, ileri yaş gibi risk faktörleri bulunan olgularda tiroid antikorları, tiroid volüm ölçümü gibi ayrıntılı incelemelerin yapılması uzun dönemde çıkabilecek tiroid işlevlerinde bozulma ya da guatr gibi yan etkilerle daha kolaylıkla başedilmesini sağlayacaktır. Duygudurum dengeleyicilerinin başlandığı ilk 2 ay içinde 7-15 gün aralıklarla ilaç kan düzeylerine bakılarak ilacın etkin ama toksik olmayan kan düzeyine ulaşması sağlanmalıdır. Daha sonra da belli aralıklarla ilacın ortaya çıkarabileceği sorunlara yönelik değerlendirmeler (öykü ve fizik muayene) ve gereken laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır.

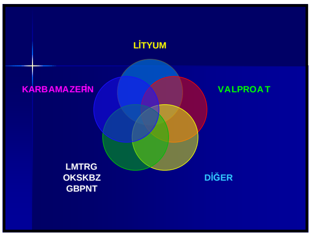
Hekimin ilaç yan etkilerine karşı uyanık olması, bunlara yönelik sorgulamayı ve gereken incelemeleri yapması dışında hastanın da bu yan etkiler açısından bilgilendirilmesi uzun dönemde hastanın ilaç uyumunu kolaylaştıracaktır. Ayrıca hastanın bu alanda bilgilendirilmiş olması olası ortaya çıkabilecek sorunları erken dönemde fark etme ve önleme fırsatını da yaratacaktır.

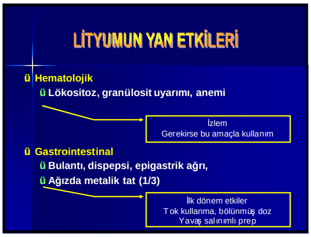
Kaynaklar

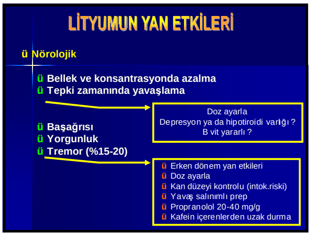
1. Lee S, Chow CC, Wing KY, Shek A, Mak T, Ahuja A et al. Thyroid function and psychiatric morbidity in patients with manic disorder receiving lithium therapy. J Clin Psychopharmacol 2000; 20:204-209.
2. Perry P. Mood Stabilizer Adverse Effects. Virtual Hospital Clinical Psychopharmacology Seminar 2002, (http://www.vh.org)

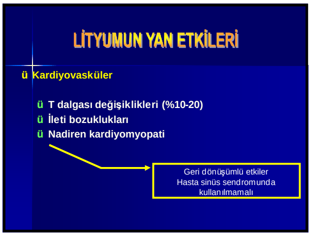

APG 2002
UZUN DÖNEMDE
İLAÇ YAN ETKİLERİ
VE KOMPLİKASYONLARI
DOÇ.DR.NURGÜL ÖZPOYRAZ
Ç.Ü.Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dal

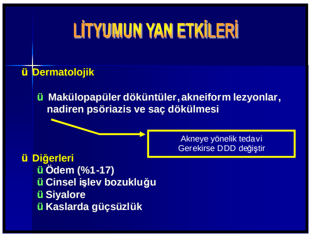

DUYGUDURUM DENGELEYİCİLER
DİĞER
LMTRG
OKSKBZ, GBPNT
VALPROAT
KARBAMAZEPİN
LİTYUM


LİTYUM
KARBAMAZEPİN
VALPROAT
LMTRG
OKSKBZ
GBPNT
DİĞER


LİTYUMUN YAN ETKİLERİ
ü Hematolojik
ü Lökositoz, granülosit uyarımı, anemi
İzlem
Gerekirse bu amaçla kullanım
ü Gastrointestinal
ü Bulantı, dispepsi, epigastrik ağrı,
ü Ağızda metalik tat (1/3)
İlk dönem etkiler
Tok kullanma, bölünmüş doz
Yavaş salınımlı prep

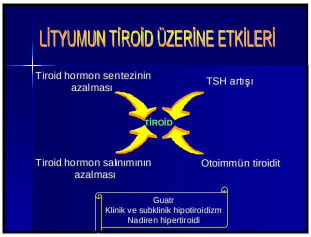

LİTYUMUN YAN ETKİLERİ
ü Nörolojik
ü Bellek ve konsantrasyonda azalma
ü Tepki zamanında yavaşlama
Doz ayarla
Depresyon ya da hipotiroidi varlığı ?
B vit yararlı ?
ü Başağrısı
ü Yorgunluk
ü Tremor (%15-20)
ü Erken dönem yan etkileri
ü Doz ayarla
ü Kan düzeyi kontrolu (intok.riski)
ü Yavaş salınımlı prep
ü Propranolol 20-40 mg/g
ü Kafein içerenlerden uzak durma


LİTYUMUN YAN ETKİLERİ
ü Kardiyovasküler
ü T dalgası değişiklikleri (%10-20)
ü İleti bozuklukları
ü Nadiren kardiyomyopati
Geri dönüşümlü etkiler
Hasta sinüs sendromunda
kullanılmamalı


LİTYUMUN YAN ETKİLERİ
ü Dermatolojik
ü Makülopapüler döküntüler, akneiform lezyonlar, nadiren psöriazis ve saç dökülmesi
Akneye yönelik tedavi
Gerekirse DDD değiştir
ü Diğerleri
ü Ödem (%1-17)
ü Cinsel işlev bozukluğu
ü Siyalore
ü Kaslarda güçsüzlük

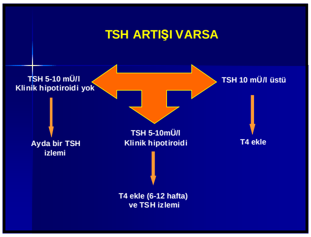

LİTYUMUN YAN ETKİLERİ
6-12 ayda bir izlem
ü Nefrolojik
ü Poliüri, Polidipsi (2/3)
ü Nefrojenik diabet insipid (%10-12)
Su kısıtlaması yapılmamalı
Doz ayarlaması
Yavaş salınımlı preperatlar ?
Tiyazid ya da amiorid grubu diüretiklerin kullanımı
(kan li düzeyi artışı-doz ayarı)
ü Nadiren böbrek hasarı
Daha çok hayvan deneylerinde
Risk: ileri yaş, önceden böbrek hastalığı ve sık intoksikasyon öyküsü


LİTYUMUN YAN ETKİLERİ
ü Endokrin
ü Tiroid üzerine etkiler
ü Glukoz metabolizması değişiklikleri
Glukoz töleransında değişiklik
İnsüline duyarlılık artışı
ü Kilo alımı (1/3)
Diyet ayarlaması, egzersiz
(tuz kısıtlaması yapılmamalı)


LİTYUMUN TİROİD ÜZERİNE ETKİLERİ
Tiroid hormon sentezinin azalması
TSH artışı
TİROİD
Tiroid hormon salınımının azalması
Otoimmün tiroidit
Guatr
Klinik ve subklinik hipotiroidizm
Nadiren hipertiroidi

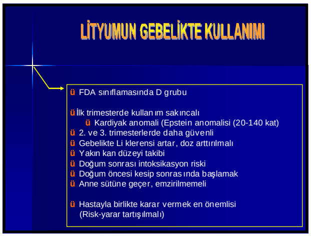

LİTYUMUN TİROİD ÜZERİNE ETKİLERİ
ü Guatrojenik etki (% 3,8-51)
ü Klinik hipotiroidizm (%5-20)
(serbest T4 düşük, TSH yüksek)
ü Subklinik hipotiroidizm (%20-50)
(serbest T4 normal, TSH yüksek)
ü Tiroid antikor pozitifliği (%20-40)

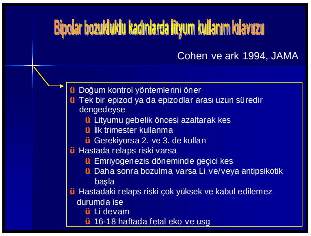

LİTYUMA BAĞLI TİROİD BEZİ HASTALIKLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER
ü Lityum öncesi tiroid bezi hastalğı
ü Ailede tiroid hastalık öyküsü
ü Kadın
ü İleri yaş
ü Lityum kullanma süresi
ü Sigara kullanımı
ü Endemik guatr bölgesinde yaşama
ü Birlikte KBZ kullanımı


TSH ARTIŞI VARSA
TSH 5-10 mÜ/l
Klinik hipotiroidi yok
TSH 10 mÜ/l üstü
Ayda bir TSH izlemi
TSH 5-10mÜ/l
Klinik hipotiroidi
T4 ekle
T4 ekle (6-12 hafta)
ve TSH izlemi


LİTYUM İNTOKSİKASYONU
ERKEN
HAFİF 1,5-2 mmol/l
ORTA 2-2,5 mmlo/l
AĞIR 2,5-3 mmol/l
Ataksi
Dizartri
Koordinasyon bozukluğu
Halsizlik
Bulantı
Kaba tremor
İshal
Uykuya eğilim
Kaba tremor
Bilinç bulanıklığı
Ağır ataksi
DTR canlı
Bilinç bozukluğu
Koreoatetoik hareketler
Epileptik nöbet
Koma
Ölüm
Hemen ilaç kesimi, kan Li takibi
Kardiyak monitörizasyon
Elektrolit takibi ve düzenlenmesi
Zorlu diürez, hemodiyaliz

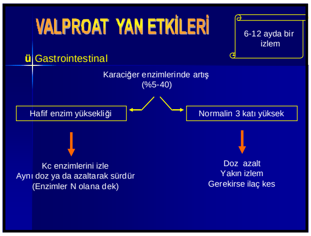

LİTYUM KULLANIM PRATİĞİ
ÖNCE
SONRA
ü Böbrek işlevleri
ü Öykü
ü BUN, Cr
ü Tam idrar
ü Kreatin klerensi, osm
ü Tiroid işlevleri
ü Öykü
ü Serbest T3, T4, TSH
ü Tiroid ant
ü Tiroid volümü
ü EKG
ü Fizik bakı ve öykü
ü Ek ilaç kullanımı
ü Kan Li
ü ilk 2 ay 15 günde bir
ü 3-6 ayda bir
ü Böbrek işlevleri
ü 6-12 ayda bir
ü Tiroid işlevleri
ü 6-12 ayda bir
ü EKG 6-12 ayda bir
ü Her görüşmede yan etki öyküsü değerlendirmesi


LİTYUMUN GEBELİKTE KULLANIMI
ü FDA sınıflamasında D grubu
ü İlk trimesterde kullan ım sakıncalı
ü Kardiyak anomali (Epstein anomalisi (20-140 kat)
ü 2. ve 3. trimesterlerde daha güvenli
ü Gebelikte Li klerensi artar, doz arttırılmalı
ü Yakın kan düzeyi takibi
ü Doğum sonrası intoksikasyon riski
ü Doğum öncesi kesip sonras ında başlamak
ü Anne sütüne geçer, emzirilmemeli
ü Hastayla birlikte karar vermek en önemlisi
(Risk-yarar tartışılmalı)


Bipolar bozukluklu kadınlarda lityum kullanım kılavuzu
Cohen ve ark 1994, JAMA
ü Doğum kontrol yöntemlerini öner
ü Tek bir epizod ya da epizodlar arası uzun süredir dengedeyse
ü Lityumu gebelik öncesi azaltarak kes
ü İlk trimester kullanma
ü Gerekiyorsa 2. ve 3. de kullan
ü Hastada relaps riski varsa
ü Emriyogenezis döneminde geçici kes
ü Daha sonra bozulma varsa Li ve/veya antipsikotik başla
ü Hastadaki relaps riski çok yüksek ve kabul edilemez durumda ise
ü Li devam
ü 16-18 haftada fetal eko ve usg

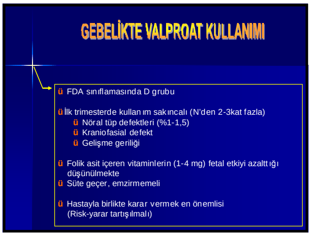

VALPROAT YAN ETKİLERİ
ü Nörolojik
ü Sedasyon
ü Ataksi
ü Dizarti
ü Tremor
ü Nadiren ensefolopati
Doz ayarla
SSRI ve Li ile kombine kullanımda daha sık
Propranolol
ü Hematolojik
ü Trombositopeni,
ü nadiren agranülositoz
Genelde yüksek dozlarda
Tedavinin başlangıcında daha sık
Geri dönüşümlü


VALPROAT YAN ETKİLERİ
ü Gastrointestinal
ü Bulantı, dispepsi, kusma , diyare
ü Karaciğer enzimlerinde artış (%5-40)
ü Nadiren fatal hepatotoksisite (1/100.000)
ü Nadiren hemorajik pankreatit
Doz ayarla
Divalproeksde daha az
Hepatotoksisite belirtileri olabilir
İdiosenkratik
Dozla ilişkisiz
İlk 3 ayda
Karınağrısı varsa mutlaka
Amilaz bakılmalı


VALPROAT YAN ETKİLERİ
6-12 ayda bir izlem
ü Gastrointestinal
Karaciğer enzimlerinde artış (%5-40)
Hafif enzim yüksekliği
Normalin 3 katı yüksek
Kc enzimlerini izle
Aynı doz ya da azaltarak sürdür
(Enzimler N olana dek)
Doz azalt
Yakın izlem
Gerekirse ilaç kes


VALPROAT YAN ETKİLERİ
ü Dermatolojik
ü Saç dökülmesi (%3-12)
Çinko, selenyum içeren vitaminler, şampuanlar
ü Endokrin
ü Kilo alımı (%44)
Diyet, egzersiz
ü Diğerleri
ü Ödem
ü Nadiren kas güçsüzlüğü ve solunum yetmezliği


VALROAT KULLANIM PRATİĞİ
ÖNCE
ü Hematolojik değerlendirme
ü Öykü
ü CBC
ü Karaciğer işlevleri
ü Öykü
ü SGOT, SGPT, AF
ü GGT, LDH, Bilirübin
ü Gerekirse USG
ü Fizik bakı ve öykü
ü Ek ilaç kullanımı
SONRA
ü Kan valproat düzeyi
ü ilk 2 ay 15 günde bir
ü 3-6 ayda bir
ü Hemotolojik değerlendirme
ü 6-12 ayda bir
ü Karaciğer işlevleri
ü 6-12 ayda bir
ü Her görüşmede yan etki öyküsü değerlendirmesi
ü Hasta eğitimi


GEBELİKTE VALPROAT KULLANIMI
ü FDA sınıflamasında D grubu
ü İlk trimesterde kullanım sakıncalı (N'den 2-3kat fazla)
ü Nöral tüp defektleri (%1-1,5)
ü Kraniofasial defekt
ü Gelişme geriliği
ü Folik asit içeren vitaminlerin (1-4 mg) fetal etkiyi azalttığı düşünülmekte
ü Süte geçer, emzirmemeli
ü Hastayla birlikte karar vermek en önemlisi (Risk-yarar tartışılmalı)


KARBAMAZEPİN YAN ETKİLERİ
ü Nörolojik
ü Baş dönmesi, sedasyon
ü Ataksi, diplopi
ü Periferik nöropati
Yavaş doz artımı
Doz ayarla
(Minimum etkin doz)
Kan düzeyi kontrolu
İntoksikasyon belirtisi
ü Gastrointestinal
ü Karaciğer işlevlerinde hafif bozulma (%5-15)
ü Nadiren toksik hepatit
Hafif yükselme sık, izle
Sürekli hale gelirse ilaç kes
Yaşamı tehdit eder
6-12 ayda bir
KC işlevleri kontrolu

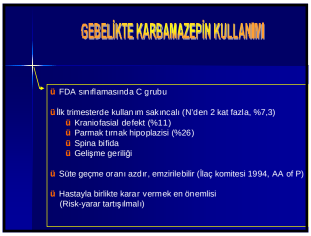

KARBAMAZEPİN YANETKİLERİ
3-6 ayda bir izlem
Hasta eğitimi
ü Hematolojik
Lökopeni , Agranülositoz
BK < 3000
Nötrofil < 1500
Eritrosit < 4.000.000
Hct < %32
Platelet < 100.000
Hafif, Asemptomatik
%1-2
Semptomatik (1/125.000)
(ateş, boğaz ağrısı)
Kendiliğinden ya da doz azalt
Sık izlem
İlaç kes


KARBAMAZEPİN YANETKİLERİ
ü Endokrin
ü T3, T4 baskılanması
ü Hiponatremi
ü Kolesterol artışı
ü Kardiyovasküler
ü İleti bozukluğu
Özellikle Li ile birlikte
kullanımda izlenmeli
Başağrısı, güçsüzlük,
konfüzyon
İzlem
Kc enzim indüksiyonu ile
ilişkili
Daha çok HDL


KARBAMAZEPİN YANETKİLERİ
ü Dermatolojik
ü Rash (%12-16)
ü Nadiren Stevens Johnson sendromu
Çoğu olguda selim ve kendini sınırlayıcı
Ağırlaşırsa yaşamı tehdit edici
İlk 2-8 haftada sık
Farklı görüşler
- Hemen ilaç kes
- Yakın izle
Hastayı bilgilendirmek


KARBAMAZEPİN İNTOKSİKASYONU
HAFİF
ORTA
AĞIR
Sersemlik hissi
Ataksi
Sedasyon
Çift görme
Nistagmus
Oftalmopleji
Serebellar belirtiler
EPS
DTR canlı
Bilinç bozukluğu
Konvulsiyon
Kardiyak ve solunum sorunları
Antikolinerjik belirtiler
Koma
Ölüm
Hemen ilaç kesimi, kan düzeyi takibi
Kardiyak monitörizasyon
Semptomatik yaklaşım


KARBAMAZEPİN KULLANIM PRATİĞİ
ÖNCE
ü Hematolojik değerlendirme
ü Öykü
ü CBC
ü Karaciğer işlevleri
ü Öykü
ü SGOT, SGPT, AF
ü GGT, LDH, Bilirübin
ü Gerekirse USG
ü Fizik bakı ve öykü
ü Ek ilaç kullanımı
SONRA
ü Kan KBZ düzeyi
ü Hemotolojik değerlendirme
ü İlk 2 ay 15 günde bir
ü 6 ay ayda bir
ü 6-12 ayda bir
ü Karaciğer işlevleri
ü İlk 6 ay ayda bir
ü 6-12 ayda bir
ü Her görüşmede yan etki öyküsü değerlendirmesi
ü Hasta eğitimi


GEBELİKTE KARBAMAZEPİN KULLANIMI
ü FDA sınıflamasında C grubu
ü İlk trimesterde kullanım sakıncalı (N'den 2 kat fazla, %7,3)
ü Kraniofasial defekt (%11)
ü Parmak tırnak hipoplazisi (%26)
ü Spina bifida
ü Gelişme geriliği
ü Süte geçme oranı azdır, emzirilebilir (İlaç komitesi 1994, AA of P)
ü Hastayla birlikte karar vermek en önemlisi
(Risk-yarar tartışılmalı)

DİĞERLERİ

ü Gabapentin

- ü Sedasyon, baş dönmesi, ataksi, somnolans
- ü Böbrek işlevleri bozuk olanlarda yakın izlem
- ü Alt ekstremitede ödem
- ü İlaç etkileşimi az
- ü FDA C sınıfı, süte geçiş ?

ü Okskarbazepin

- ü Sersemlik başağrısı, ataksi
- ü Bulantı, kusma, diyare
- ü Kilo alımı, hiponatremi
- ü Rash (CBZ den çok az)

DİĞERLERİ

ü Lamotrigine

- ü Sersemlik, ataksi, somnolans, başağrısı, diplopi
- ü Bulantı, kusma
- ü Rash (ilk 4-6 hafta risk fazla) (%10)
- ü Nadiren Stevens Johnson sendromu (1/1000) (Vlp ile risk artar)
- ü FDA C sınıfı, süte geçer
- ü 16 yaş altı kullanılmaz (yaşamı tehdit eden rash riski 1/50)
- ü Valproatla kombinasyonu önerilmemekte (yarı ömrü 2 katına çıkar, kan düzeyi %100 artar)

UZUN DÖNEM KULLANILAN TÜM İLAÇLARDA

- ü **Her hastaya özgü bireysel özellikler**
- ü **Hasta-hekim ilişkisi**
- ü **Hastanın hastalık ve ilaçlar konusunda eğitimi**
- ü **İlaçlarla ilgili olarak risk- yarar oranı değerlendirmesi**

ÖNEMLİDİR

SLAYT
SUNUMU

5

TRAVMA DİSSOSİYASYON BORDERLİNE SPEKTRUMUNDA ARAŞTIRMA PERSPEKTİFLERİ

Prof. Dr. Vedat Şar
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakütlesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

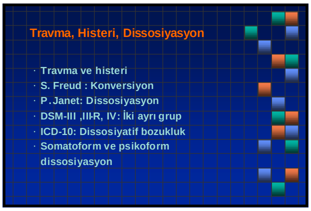
Özet

Travma ve dissosiyasyon çalışmaları psikiyatride olası bir paradigma değişikliği için başlıca hareket noktalarından birini oluşturmakta ve ülkemiz psikiyatrisinde de bilimsel araştırma ile uğraşanlar için önemli olanaklar sunmaktadır. Bu sunumda, yazar, travma-dissosiyasyon- borderline spektrumunda, kendi çalışmalarının bulguları ışığında, yenilikçi yaklaşımlara fırsat veren bilimsel soruları gündeme getirmektedir. Bu bilimsel sorular, Türk psikiyatrisinde bilimsel araştırmalarla ele alınmasında her hangi bir teknik güçlüğün bulunmadığı, aksine, Türk psikiyatristlerinin dünya bilimine katkıda bulunabileceği ve ülkemizde toplum ruh sağlığı alanında yeni içgörülere ulaşılmasında yararlı olabilecek nitelikte sorulardır.

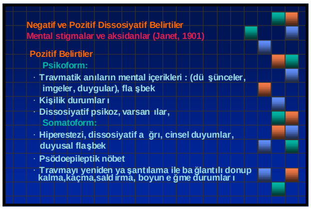
Bu çerçevede, borderline-dissosiyasyon örtüşmesini konu alan bir poliklinik taraması, konversiyon bozukluğunda dissosiyasyonun mediyatör olarak rolünü araştıran bir izleme (follow-up) çalışması, travma ve dissosiyasyonun kuşaklararası geçişini araştıran bir aile araştırması, dissosiyatif bozukluğu ve travma öyküsü bulunan bir grup hastada orbitofrontal ve temporal bölgelerin önemini ortaya koyan bir beyin görüntüleme çalışması, ve travma-dissosiyasyon olgusu ile somatoform bozukluklar ve borderline fenomenoloji ilişkisini gündeme getiren bir dizi araştırma sonuçlarından söz edilecektir. Tüm bu araştırmalarda gelişimsel travmatoloji açısından önemli değişkenlere yer verilmiştir.

Bu sunumdan, dinleyicinin yeni araştırma hipotezleri ve uygun metodolojiler geliştirmesi yönünde yararlanması amaçlanmaktadır.

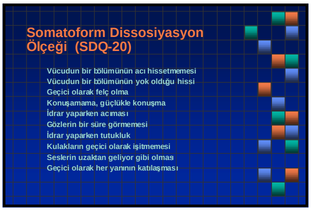

Travma, Dissosiyasyon,
Borderline Spektrumunda
Bilimsel Araştırma
Perspektifleri
Prof.Dr.Vedat Şar
11. Anadolu Psikiyatri Günleri,
Adana,2002

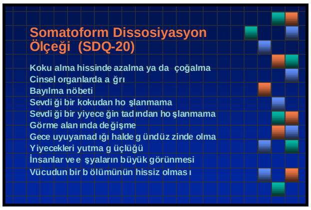

Travma, Histeri, Dissosiyasyon
· Travma ve histeri
· S. Freud : Konversiyon
· P.Janet: Dissosiyasyon
· DSM-III ,III-R, IV: İki ayrı grup
· ICD-10: Dissosiyatif bozukluk
· Somatoform ve psikoform
dissosiyasyon


Negatif ve Pozitif Dissosiyatif Belirtiler
Mental stigmalar ve aksidanlar (Janet, 1901)
Negatif Belirtiler
Psikoform:
· Amnezi,
· Depersonalizasyon, derealizasyon
Somatoform:
· Analjezi, anestezi
· Diğer duyu kay ıpları (tad,koku,görme,i şitme)
· Motor inhibisyonlar (konu şamama,
paralizi, ataksi, katapleksi, katalepsi)
· Bilinç azalması

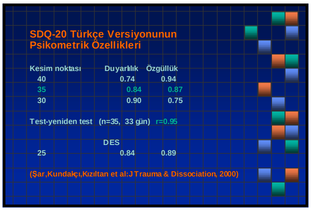

Negatif ve Pozitif Dissosiyatif Belirtiler
Mental stigmalar ve aksidanlar (Janet, 1901)
Pozitif Belirtiler
Psikoform:
· Travmatik anıların mental içerikleri : (dü şünceler, imgeler, duygular), fla şbek
· Kişilik durumlar ı
· Dissosiyatif psikoz, varsan ılar,
Somatoform:
· Hiperestezi, dissosiyatif a ğrı, cinsel duyumlar, duyusal flaşbek
· Psödoepileptik nöbet
· Travmayı yeniden ya şantılama ile ba ğlantılı donup kalma,kaçma,sald ırma, boyun e ğme durumlar ı

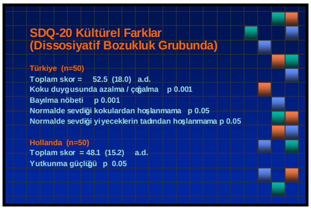

Psikoform Dissosiyasyonda Temel Belirti Kümeleri (SCID-D)
· Dissosiyatif amnezi
· Depersonalizasyon
· Derealizasyon
· Kimlik konfüzyonu
· Kimlik alterasyonu

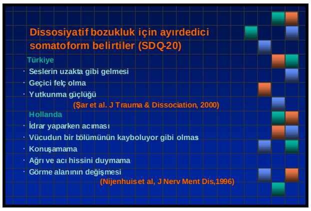

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ-20)
Vücudun bir bölümünün acı hissetmemesi
Vücudun bir bölümünün yok olduğu hissi
Geçici olarak felç olma
Konuşamama, güçlükle konuşma
İdrar yaparken acıması
Gözlerin bir süre görmemesi
İdrar yaparken tutukluk
Kulakların geçici olarak işitmemesi
Seslerin uzaktan geliyor gibi olması
Geçici olarak her yanının katılaşması

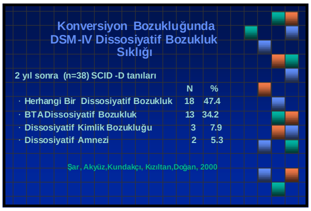

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ-20)
Koku alma hissinde azalma ya da çoğalma
Cinsel organlarda a ğrı
Bayılma nöbeti
Sevdi ği bir kokudan ho şlanmama
Sevdi ği bir yiyece ğin tad ından ho şlanmama
Görme alan ında de ğişme
Gece uyuyamad ığı halde g ündüz zinde olma
Yiyecekleri yutma g üçlüğü
İnsanlar ve e şyaların büyük görünmesi
Vücudun bir b ölümünün hissiz olmas ı


SDQ-20 Türkçe Versiyonu'nun Psikometrik Özellikleri
n ort. SS
DKB 25 58.7 17.9
BT ADB 25 46.3 16.2
Maj ör depresyon 23 28.7 8.3
Şizofreni 23 27.1 9.5
Anksiyete B. 26 26.8 6.4
İki kutuplu Duyg.B. 22 22.7 3.5
Klinik dışı 175 27.4 8.2
Şar et al, J Trauma &Dissociation ,2000


SDQ-20 Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri
Kesim noktası Duyarlılık Özgüllük
40 0.74 0.94
35 0.84 0.87
30 0.90 0.75
Test-yeniden test (n=35, 33 gün) r=0.95
DES
25 0.84 0.89
(Şar,Kundakçı,Kızıltan et al:J Trauma & Dissociation, 2000)


SDQ-20 Kültürel Farklar
(Dissosiyatif Bozukluk Grubunda)
Türkiye (n=50)
Toplam skor = 52.5 (18.0) a.d.
Koku duygusunda azalma / çoğalma p 0.001
Bayılma nöbeti p 0.001
Normalde sevdiği kokulardan hoşlanmama p 0.05
Normalde sevdiği yiyeceklerin tadından hoşlanmama p 0.05
Hollanda (n=50)
Toplam skor = 48.1 (15.2) a.d.
Yutkunma güçlüğü p 0.05


Dissosiyatif bozukluk için ayırdedici somatoform belirtiler (SDQ-20)
Türkiye
· Seslerin uzakta gibi gelmesi
· Geçici felç olma
· Yutkunma güçlüğü
(Şar et al. J Trauma & Dissociation, 2000)
Hollanda
· İdrar yaparken acıması
· Vücudun bir bölümünün kayboluyor gibi olması
· Konuşamama
· Ağrı ve acı hissini duymama
· Görme alanının değişmesi
(Nijenhuis et al, J Nerv Ment Dis,1996)


Konversiyon Bozukluğunda DSM-IV Dissosiyatif Bozukluk Sıklığı
2 yıl sonra (n=38) SCID -D tanıları
N %
· Herhangi Bir Dissosiyatif Bozukluk 18 47.4
· BTA Dissosiyatif Bozukluk 13 34.2
· Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu 3 7.9
· Dissosiyatif Amnezi 2 5.3
Şar, Akyüz,Kundakçı, Kızıltan,Doğan, 2000

Konversiyon Bozukluğunda Psikoform Dissosiyasyonun SCID Eştanıları Üzerine Etkisi

	DB (+) (n= 18) n	%	DB (-) (n= 20) n	%	p
Sınır Kişilik Boz.	8	44.4	1	5.0	0.007
Distimik Bozukluk	9	50.0	0	0.0	0.001
Somatizasyon B.	5	27.8	0	0.0	0.02
Majör Depresyon(şimdi)	10	55.6	3	15.0	0.02
Yaygın Anksiyete B.	11	61.1	8	40.0	a. d.
Bir Duygudurum B.	18	100.0	9	45.0	0.001
Bir Anksiyete B.	17	94.4	13	65.0	0.009
Ort. Eştanı (DB hariç)	3.1	(1.2)	1.6	(1.2)	0.001
Ort. SKBölçütü (1-8)	4.1	(2.3)	1.2	(1.5)	0.001
Bedenine zarar verme	11	61.1	1	5.0	0.001
İntihar girişimi	11	61.1	2	10.0	0.005

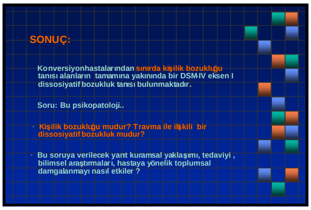
Konversiyon Bozukluğunda Dissosiyatif Bozukluk ile Travma Öyküsü İlişkisi (CTQ-53)

	DB (+) ort.	SS	DB (-) ort.	SS	p
CTQ toplam puanı	12.6	4.4	7.8	2.6	0.001
Duygusal istismar	2.7	1.3	1.6	0.7	003
Duygusal ihmal	3.6	1.0	2.4	1.1	003
Fiziksel istismar	2.8	1.5	1.6	0.8	0.007
Cinsel istismar	1.8	1.2	1.4	0.9	0.010
Fiziksel ihmal	1.7	0.7	1.2	0.3	0.013

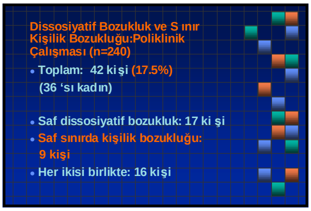
Şar, Akyüz et al, 2000

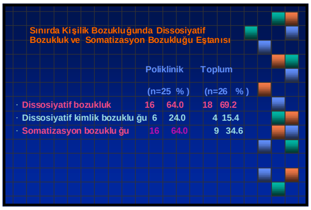
SONUÇ:

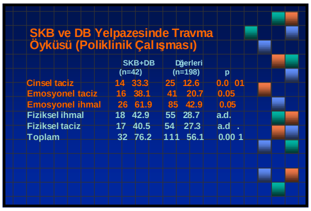
- Konversiyon hastalarının yaklaşık olarak yarısında bir DSM-IV dissosiyatif bozukluk tanısı bulunmaktadır. (Örn. DKB ve BT ADB)
- Konversiyon hastalarında dissosiyasyon eştanı sıklığı, travma öyküsü, intihar girişimi, kendine fiziksel zarar verme, somatizasyon bozukluğu, sınırda kişilik ölçütleri ve kronik (çifte) depresyon için belirleyicidir.
- Konversiyon hastalarının yarısında yaygın anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. Bu olguda dissosiyasyon belirleyici değildir.

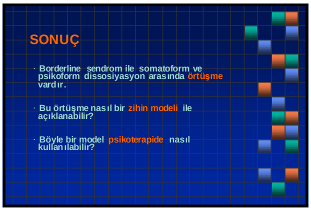

SONUÇ:
Konversiyonhastalarından sınırda kişilik bozukluğu tanısı alanların tamamına yakınında bir DSM-IV eksen I dissosiyatif bozukluk tanısı bulunmaktadır.
Soru: Bu psikopatoloji..
Kişilik bozukluğu mudur? Travma ile ilşkili bir dissosiyatif bozukluk mudur?
Bu soruya verilecek yanıt kuramsal yaklaşımı, tedaviyi , bilimsel araştırmaları, hastaya yönelik toplumsal damgalanmayı nasıl etkiler ?

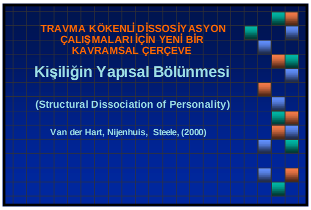

Sınırda Kişilik Bozukluğunda Dissosiyatif Bozukluk Eştanısı: İki Çalışma
Psikiyatri poliklini ği - Istanbul (n=240)
Birbirine kör üç basamak
1. DES, SDQ, SCID (SKB)-ÖB
2. DDIS, SCID (SKB,TSSB)
3. SCID-D
Şar, Kundakçı, Kızıltan, et al: J Trauma & Dissociation (baskıda)
Genel toplum – Sivas, kadınlar (n= 628)
DES, DDIS, SCID (SKB,TSSB)
Şar, Akyüz, Kundakçı, Doğan, 1998

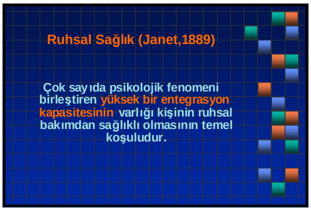

Dissosiyatif Bozukluk ve S ınır Kişilik Bozukluğu:Poliklinik Çalışması (n=240)
Toplam: 42 ki şi (17.5%)
(36 'sı kad ın)
Saf dissosiyatif bozukluk: 17 ki şi
Saf sınırda kişilik bozukluğu: 9 kişi
Her ikisi birlikte: 16 ki şi


Sınırda Kişilik Bozukluğunda Dissosiyatif
Bozukluk ve Somatizasyon Bozukluğu Eştanısı
Poliklinik Toplum
(n=25 %) (n=26 %)
Dissosiyatif bozukluk 16 64.0 18 69.2
Dissosiyatif kimlik bozuklu ğu 6 24.0 4 15.4
Somatizasyon bozuklu ğu 16 64.0 9 34.6

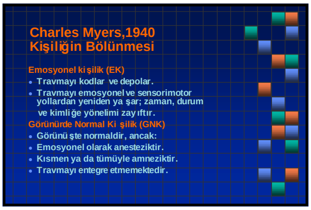

SKB ve DB Yelpazesinde Travma
Öykücü (Poliklinik Çal ışması)
SKB+DB (n=42)
Dğerleri (n=198)
p
Cinsel taciz 14 33.3 25 12.6 0.0 01
Emosyonel taciz 16 38.1 41 20.7 0.05
Emosyonel ihmal 26 61.9 85 42.9 0.05
Fiziksel ihmal 18 42.9 55 28.7 a.d.
Fiziksel taciz 17 40.5 54 27.3 a.d .
Toplam 32 76.2 111 56.1 0.00 1

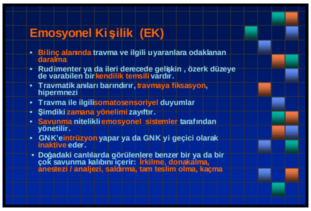

SONUÇ
Borderline sendrom ile somatoform ve psikoform dissosiyasyon arasında örtüşme vardır.
Bu örtüşme nasıl bir zihin modeli ile açıklanabilir?
Böyle bir model psikoterapide nasıl kullanılabilir?

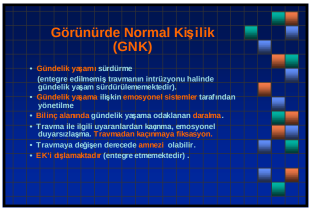

TRAVMA KÖKENLİ DİSSOSİYASYON ÇALIŞMALARI İÇİN YENİ BİR KAVRAMSAL ÇERÇEVE
Kişiliğin Yapısal Bölünmesi
(Structural Dissociation of Personality)
Van der Hart, Nijenhuis, Steele, (2000)


Ruhsal Sağlık (Janet,1889)
Çok sayıda psikolojik fenomeni birleştiren yüksek bir entegrasyon kapasitesinin varlığı kişinin ruhsal bakımdan sağlıklı olmasının temel koşuludur.

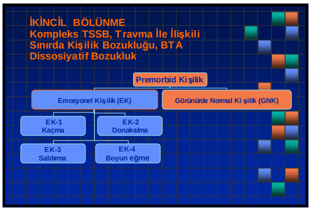

Travmatik Anılara Fobi
• Travmatik anılar şimdiki bilinç, bellek,kimlik ve somatosensoriyel ya şantıya entegre olmazlar.
Sonuç:
· Kişiliğin evrimsel olarak verili do ğrultuda yapısal bölünmeye uğraması
· Travma ile ilgili malzemeden fobik kaç ınma
· Uyumsal işlevlerde bozulma (gerekli entegrasyon azald ığı için)

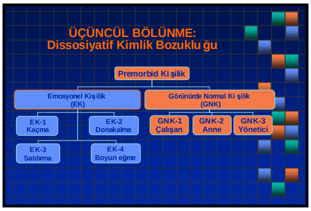

Charles Myers,1940
Kişiliğin Bölünmesi
Emosyonel ki şilik (EK)
• Travmayı kodlar ve depolar.
• Travmayı emosyonel ve sensorimotor yollardan yeniden ya şar; zaman, durum ve kimli ğe yönelimi zay ıftır.
Görünürde Normal Ki şilik (GNK)
• Görünü şte normaldir, ancak:
• Emosyonel olarak anesteziktir.
• Kısmen ya da tümüyle amneziktir.
• Travmayı entegre etmemektedir.

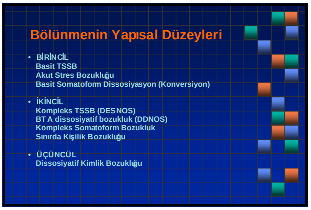

Emosyonel Ki şilik (EK)
• Bilinç alanında travma ve ilgili uyaranlara odaklanan daralma
• Rudimenter ya da ileri derecede gelişkin , özerk düzeye de varabilen bir kendilik temsili vardır.
• Travmatik anıları barındırır, travmaya fiksasyon, hipermnezi
• Travma ile ilgili somatosensoriyel duyumlar
• Şimdiki zamana yönelimi zayıftır.
• Savunma nitelikli emosyonel sistemler tarafından yönetilir.
• GNK'e intrüzyon yapar ya da GNK yi geçici olarak inaktive eder.
• Doğadaki canlılarda görülenlere benzer bir ya da bir çok savunma kalıbını içerir: İrkilme, donakalma, anestezi / analjezi, saldırma, tam teslim olma, kaçma

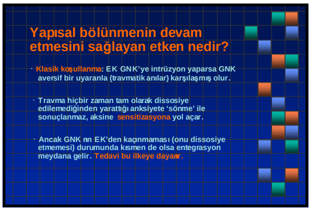

Görünürde Normal Kişilik (GNK)
• Gündelik yaşamı sürdürme
(entegre edilmemiş travmanın intrüzyonu halinde gündelik yaşam sürdürülememektedir).
• Gündelik yaşama ilişkin emosyonel sistemler tarafından yönetilme
• Bilinç alanında gündelik yaşama odaklanan daralma.
• Travma ile ilgili uyaranlardan kaçınma, emosyonel duyarsızlaşma. Travmadan kaçınmaya fiksasyon.
• Travmaya değişen derecede amnezi olabilir.
• EK'i dışlamaktadır (entegre etmemektedir) .

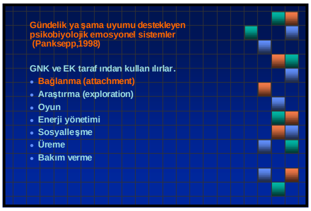

BİRİNCİL BÖLÜNME
(Akut Stres Bozukluğu ve Basit TSSB)
Premorbid Kişilik
Emosyonel Kişilik (EK)
Travmatik Anı / Savunma
Görünürde Normal Kişilik (GNK)
GünlükİŞlevler
Bireyin devamı için gerekli işlevler
(tehdit altında hayatta kalma)
Türün devamı ve gündelik yaşam için gerekli işlevler

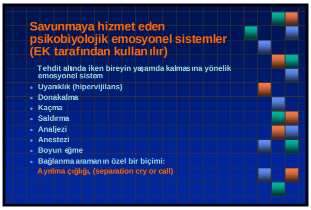

İKİNCİL BÖLÜNME
Kompleks TSSB, Travma İle İlişkili
Sınırda Kişilik Bozukluğu, BTA
Dissosiyatif Bozukluk
Premorbid Ki şilik
Emosyonel Kişilik (EK)
Görünürde Normal Ki şilik (GNK)
EK-1
Kaçma
EK-2
Donakalma
EK-3
Saldırma
EK-4
Boyun eğme

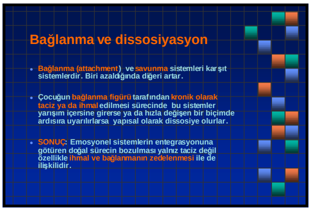

ÜÇÜNCÜL BÖLÜNME:
Dissosiyatif Kimlik Bozuklu ğu
Premorbid Ki şilik
Emosyonel Kişilik
(EK)
Görünürde Normal Ki şilik
(GNK)
EK-1
Kaçma
EK-2
Donakalma
EK-3
Saldırma
EK-4
Boyun eğme
GNK-1
Çalışan
GNK-2
Anne
GNK-3
Yönetici

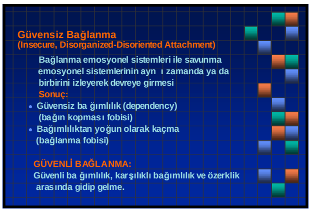

Bölünmenin Yapısal Düzeyleri
• BİRİNCİL
Basit TSSB
Akut Stres Bozukluğu
Basit Somatoform Dissosiyasyon (Konversiyon)
• İKİNCİL
Kompleks TSSB (DESNOS)
BTA dissosiyatif bozukluk (DDNOS)
Kompleks Somatoform Bozukluk
Sınırda Kişilik Bozukluğu
• ÜÇÜNCÜL
Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

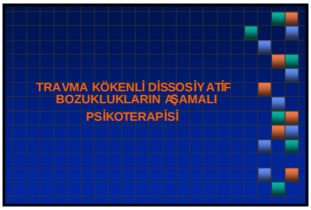

Yapısal bölünmenin devam etmesini sağlayan etken nedir?
· Klasik koşullanma: EK GNK'ye intrüzyon yaparsa GNK aversif bir uyaranla (travmatik anılar) karşılaşmış olur.
· Travma hiçbir zaman tam olarak dissosiye edilemediğinden yarattığı anksiyete 'sönme' ile sonuçlanmaz, aksine sensitizasyona yol açar.
· Ancak GNK nın EK'den kaçınmaması (onu dissosiye etmemesi) durumunda kısmen de olsa entegrasyon meydana gelir. Tedavi bu ilkeye dayanır.

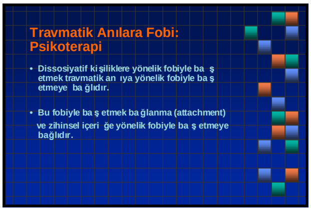

Gündelik ya şama uyumu destekleyen psikobiyolojik emosyonel sistemler (Panksepp,1998)
GNK ve EK taraf ından kullan ılırlar.
• Bağlanma (attachment)
• Araştırma (exploration)
• Oyun
• Enerji yönetimi
• Sosyalleşme
• Üreme
• Bakım verme

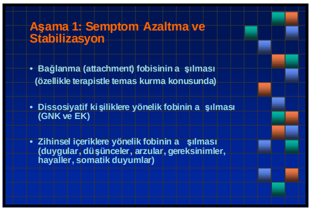

Savunmaya hizmet eden psikobiyolojik emosyonel sistemler (EK tarafından kullanılır)
Tehdit altında iken bireyin yaşamda kalmasına yönelik emosyonel sistem
Uyanıklık (hipervijilans)
Donakalma
Kaçma
Saldırma
Analjezi
Anestezi
Boyun eğme
Bağlanma aramanın özel bir biçimi:
Ayrılma çığlığı, (separation cry or call)

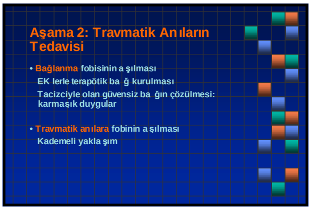

Bağlanma ve dissosiyasyon
Bağlanma (attachment) ve savunma sistemleri karşıt sistemlerdir. Biri azaldığında diğeri artar.
Çocuğun bağlanma figürü tarafından kronik olarak taciz ya da ihmal edilmesi sürecinde bu sistemler yarışım içersine girerse ya da hızla değişen bir biçimde ardısıra uyarılırlarsa yapısal olarak dissosiye olurlar.
SONUÇ: Emosyonel sistemlerin entegrasyonuna götüren doğal sürecin bozulması yalnız taciz değil özellikle ihmal ve bağlanmanın zedelenmesi ile de ilişkilidir.

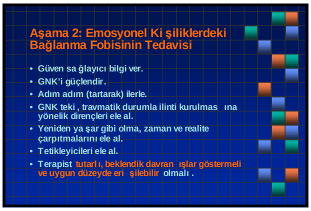

Güvensiz Bağlanma
(Insecure, Disorganized-Disoriented Attachment)
Bağlanma emosyonel sistemleri ile savunma emosyonel sistemlerinin aynı zamanda ya da birbirini izleyerek devreye girmesi
Sonuç:
Güvensiz bağımlılık (dependency) (bağın kopması fobisi)
Bağımlılıktan yoğun olarak kaçma (bağlanma fobisi)
GÜVENLİ BAĞLANMA:
Güvenli bağımlılık, karşılıklı bağımlılık ve özerklik arasında gidip gelme.

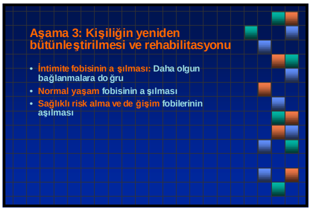

TRAVMA KÖKENLİ DİSSOSİYATİF
BOZUKLUKLARIN AŞAMALI
PSİKOTERAPİSİ

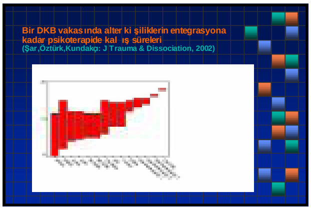

Travmatik Anılara Fobi:
Psikoterapi
• Dissosiyatif ki şiliklere yönelik fobiyle ba ş etmek travmatik an ıya yönelik fobiyle ba ş etmeye ba ğlıdır.
• Bu fobiyle ba ş etmek ba ğlanma (attachment) ve zihinsel içeri ğe yönelik fobiyle ba ş etmeye bağlıdır.

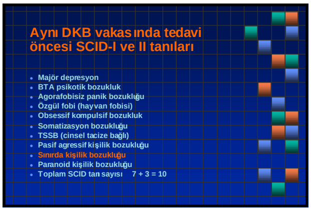

Aşama 1: Semptom Azaltma ve
Stabilizasyon
• Bağlanma (attachment) fobisinin a şılması (özellikle terapistle temas kurma konusunda)
• Dissosiyatif ki şiliklere yönelik fobinin a şılması (GNK ve EK)
• Zihinsel içeriklere yönelik fobinin a şılması (duygular, dü şünceler, arzular, gereksinimler, hayaller, somatik duyumlar)

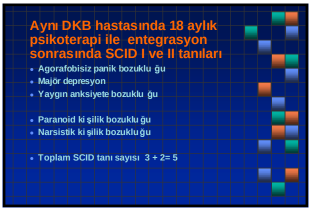

Aşama 2: Travmatik An ıların Tedavisi
• Bağlanma fobisinin a şılması
EK lerle terapötik ba ğ kurulması
Tacizciyle olan güvensiz ba ğın çözülmesi: karmaşık duygular
• Travmatik an ılara fobinin a şılması
Kademeli yakla şım

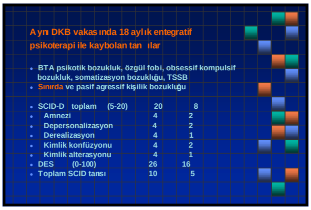

Aşama 2: Emosyonel Ki şiliklerdeki Bağlanma Fobisinin Tedavisi
• Güven sa ğlayıcı bilgi ver.
• GNK'i güçlendir.
• Adım adım (tartarak) ilerle.
• GNK teki , travmatik durumla ilinti kurulmas ına yönelik dirençleri ele al.
• Yeniden ya şar gibi olma, zaman ve realite çarpıtmalarını ele al.
• Tetikleyicileri ele al.
• Terapist tutarl ı, beklendik davran ışlar göstermeli ve uygun düzeyde eri şilebilir olmalı .

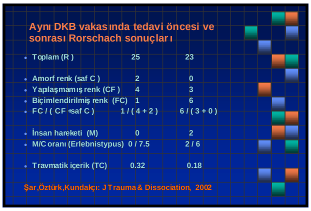

Aşama 3: Kişiliğin yeniden bütünleştirilmesi ve rehabilitasyonu
• İntimite fobisinin a şılması: Daha olgun bağlanmalara do ğru
• Normal yaşam fobisinin a şılması
• Sağlıklı risk alma ve de ğişim fobilerinin aşılması

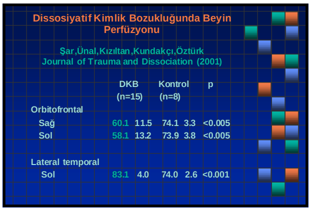

Bir DKB vakasında alter kişiliklerin entegrasyona
kadar psikoterapide kalış süreleri
(Şar,Öztürk,Kundakçı: J Trauma & Dissociation, 2002)


Aynı DKB vakasında tedavi
öncesi SCID-I ve II tanıları
Majör depresyon
BTA psikotik bozukluk
Agorafobisiz panik bozukluğu
Özgül fobi (hayvan fobisi)
Obsessif kompulsif bozukluk
Somatizasyon bozukluğu
TSSB (cinsel tacize bağlı)
Pasif agressif kişilik bozukluğu
Sınırda kişilik bozukluğu
Paranoid kişilik bozukluğu
Toplam SCID tanı sayısı 7 + 3 = 10

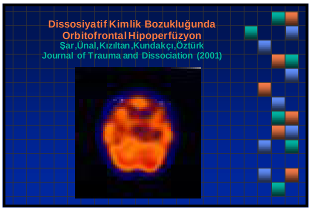

Aynı DKB hastasında 18 aylık
psikoterapi ile entegrasyon
sonrasında SCID I ve II tanıları
Agorafobisiz panik bozukluğu
Majör depresyon
Yaygın anksiyete bozukluğu
Paranoid kişilik bozukluğu
Narsistik kişilik bozukluğu
Toplam SCID tanı sayısı 3 + 2= 5

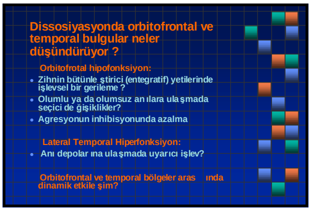

Aynı DKB vakasında 18 aylık entegratif psikoterapi ile kaybolan tanılar
BTA psikotik bozukluk, özgül fobi, obsessif kompulsif bozukluk, somatizasyon bozukluğu, TSSB
Sınırda ve pasif agresif kişilik bozukluğu
SCID-D toplam (5-20) 20 8
Amnezi 4 2
Depersonalizasyon 4 2
Derealizasyon 4 1
Kimlik konfüzyonu 4 2
Kimlik alterasyonu 4 1
DES (0-100) 26 16
Toplam SCID tanısı 10 5

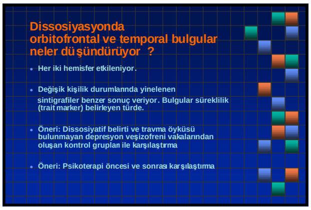

Aynı DKB vakasında tedavi öncesi ve sonrası Rorschach sonuçları
Toplam (R) 25 23
Amorf renk (saf C) 2 0
Yapılaşmamış renk (CF) 4 3
Biçimlendirilmiş renk (FC) 1 6
FC / (CF +saf C) 1 / (4 + 2) 6 / (3 + 0)
İnsan hareketi (M) 0 2
M/C oranı (Erlebnistypus) 0 / 7.5 2 / 6
Travmatik içerik (TC) 0.32 0.18
Şar,Öztürk,Kundakçı: J Trauma & Dissociation, 2002

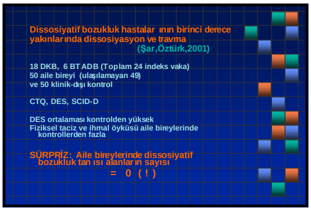

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda Beyin Perfüzyonu
Şar,Ünal,Kızıltan,Kundakçı,Öztürk
Journal of Trauma and Dissociation (2001)
DKB (n=15) Kontrol (n=8) p
Orbitofrontal
Sağ 60.1 11.5 74.1 3.3 <0.005
Sol 58.1 13.2 73.9 3.8 <0.005
Lateral temporal
Sol 83.1 4.0 74.0 2.6 <0.001

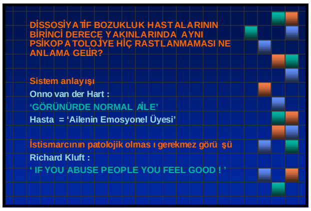

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda
Orbitofrontal Hipoperfüzyon
Şar,Ünal,Kızıltan,Kundakçı,Öztürk
Journal of Trauma and Dissociation (2001)

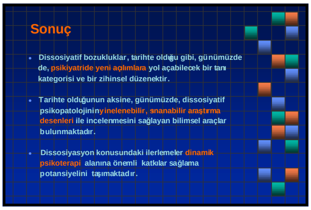

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunda
Orbitofrontal Hipoperfüzyon
Şar,Ünal,Kızıltan,Kundakçı,Öztürk
Journal of Trauma and Dissociation (2001)


Dissosiyasyonda orbitofrontal ve temporal bulgular neler düşündürüyor ?
Orbitofrotal hipofonksiyon:
Zihnin bütünle ştirici (entegratif) yetilerinde işlevsel bir gerileme ?
Olumlu ya da olumsuz an ılara ula şmada seçici de ğişiklikler?
Agresyonun inhibisyonunda azalma
Lateral Temporal Hiperfonksiyon:
Anı depolar ına ula şmada uyarıcı işlev?
Orbitofrontal ve temporal bölgeler aras ında dinamik etkile şim?


Dissosiyasyonda orbitofrontal ve temporal bulgular neler düşündürüyor ?
Her iki hemisfer etkileniyor.
Değişik kişilik durumlarında yinelenen sintigrafiler benzer sonuç veriyor. Bulgular süreklilik (trait marker) belirleyen türde.
Öneri: Dissosiyatif belirti ve travma öyküsü bulunmayan depresyon veşizofreni vakalarından oluşan kontrol grupları ile karşılaştırma
Öneri: Psikoterapi öncesi ve sonrası karşılaştırma


Dissosiyatif bozukluk hastalarının birinci derece yakınlarında dissosiyasyon ve travma
(Şar,Öztürk,2001)
18 DKB, 6 BT ADB (Toplam 24 indeks vaka)
50 aile bireyi (ulaşılamayan 49)
ve 50 klinik-dışı kontrol
CTQ, DES, SCID-D
DES ortalaması kontrolden yüksek
Fiziksel taciz ve ihmal öyküsü aile bireylerinde kontrollerden fazla
SÜRPRİZ: Aile bireylerinde dissosiyatif bozukluk tanısı alanların sayısı
= 0 (!)


DİSSOSİYATİF BOZUKLUK HASTALARININ BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA AYNI PSİKOPATOLOJİYE HİÇ RASTLANMAMASI NE ANLAMA GELİR?
Sistem anlayışı
Onno van der Hart :
'GÖRÜNÜRDE NORMAL AİLE'
Hasta = 'Ailenin Emosyonel Üyesi'
İstismarcının patolojik olması gerekmez görüşü
Richard Kluft :
' IF YOU ABUSE PEOPLE YOU FEEL GOOD ! '


Sonuç
Dissosiyatif bozukluklar, tarihte olduğu gibi, günümüzde de, psikiyatride yeni açılımlara yol açabilecek bir tanı kategorisi ve bir zihinsel düzenektir.
Tarihte olduğunun aksine, günümüzde, dissosiyatif psikopatolojinin yinelenebilir, sınanabilir araştırma desenleri ile incelenmesini sağlayan bilimsel araçlar bulunmaktadır.
Dissosiyasyon konusundaki ilerlemeler dinamik psikoterapi alanına önemli katkılar sağlama potansiyelini taşımaktadır.

SLAYT SUNUMU

6

PSİKİYATRİK HASTALARDA PARAMEDİKAL İYİLEŞTİRİCİLER VE PSİKOTERAPİYE ETKİSİ

Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakütlesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet

Psikiyatrik bozuklukların nedenleri ve tedavileri ile ilgili tutum ve anlayışlar; insanoğlunun içinde yaşadığı evren ve onu anlama biçimi, varlığını sürdürebilme koşulları, kültürü, teknolojisi ve kişilerarası ilişkilerin özellikleri gibi, karşılıklı etkileşim halindeki pek çok etmenin rolüne bağlı olarak zaman içinde ve bölgeden bölgeye değişiklikler gösterir. Bu etmenler, psikiyatrik sorunu olan kişilerde çare arama davranışını ve çare olarak önerilen modelleri anlama/ kabul etme/ uyma tutumlarını doğrudan etkiler. Herhangi bir sorunun fark edilmesi ve bunu kabul etme, sorunun tıbbi/ psikiyatrik niteliğini anlama, çare için tedaviciler ile temas ve önerilen çare/ tedavi yöntemlerini kabul edip uyum gösterme gibi çok basamaklı bir model içinde ele alınabilecek çare arama davranışı, her basamakta kişinin içinde yaşadığı toplumsal/ kültürel bağlam içinde algılanır.

Ruhsal bozuklukların tanımlanması, etyoloji ve tedavisine ilişkin olarak özellikle son yıllarda olağanüstü bir hızla ulaşmakta olduğumuz teorik ve pratik bilgi/ deneyim birikimimize rağmen bu birikimin sorunlu kişilerin hizmetine sunulması, ancak bu kişilerin toplumsal/ kültürel anlam verme çerçevelerinin iyi tanınmasına bağlıdır. Ülkemizde verilen psikiyatri/ psikoterapi hizmetlerinin başarısı, genel ve yöresel kültürel inanış ve tutumların dikkate alınmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda; çare için başvurulan geleneksel tedavicilerin varlığı ve uygulamaları, ülkemiz için sunulan psikoterapi yöntemlerinin niteliği ve başarı şansı için veriler sağlayabilir.

Ruh Sağlığı Birimlerine ulaşım yollarını inceleyen çalışmalar; ruhsal sorunu olan kişilerin gelişmiş ülkelerde genellikle ilk olarak pratisyen hekimlere başvururken, gelişmemiş ülkelerde ilk başvuruların daha çok uzmanlarla geleneksel tedavicilere yapıldığını, örneğin Endonezya'da sorunu olanların %54 gibi büyük bir kısmının ilk olarak geleneksel tedavicilere başvurduğunu göstermektedir (Gater ve ark 1991). Erzurum 'da Kırpınar ve ark (1994) ise sorunu olan kişilerin %14.7'sinin ilk olarak geleneksel tedavicilere başvurduğunu bildirmişlerdir. Kırpınar (1992)'ın daha önce yayınladığı bir çalışmada; bir Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi alan 30 hastadan 1'i dışında tümünün daha önce geleneksel tedavicilere başvurmuş olduğu bulunmuştur.

Geleneksel tedavicilere götürülen hastalara daire kurma, su gösterme, yıldızlama, ip veya ayna gösterme gibi yöntemler uygulanmakta, sorunlar sihir, cin-peri, korkma, nazar, çok düşünme gibi etmenler veya organik nedenlerle açıklanmaktadır. Tedavi olarak muska yazma, okuma, değnekleme gibi tedaviler önerilmektedir (Kırpınar 1992, Özer ve ark 1995). Bu tanı ve tedavi yöntemlerinde genellikle dinsel motifler kullanılmış olmakla birlikte, şamanizm ve eski Anadolu dinlerinin etkileri kolayca farkedilmektedir. Bayat (1988) 'ın belirttiği gibi ;Anadolu'ya kendi kültür ve inanışları ile gelen

atalarımız bir taraftan binlerce yıldır yerleşmiş Pagan ve Hristiyan, bir taraftan da İslam dini ve onunla birlikte Arap/ Fars kültürlerinden etkilenip bazı inanç ve pratiklerini günümüze kadar yaşatmışlardır.

Sorunu içrel psikolojik çatışmalardan çok dışsal nedenlerle açıklayan, bağımlılık ve sadakatin belirleyici olduğu, telkinin çok önemli vurgu yaptığı ve problemin tanınıp kavramsallaştırılmasında yerel kültürel özelliklerin dikkate alındığı geleneksel yaklaşımlar, ülkemizde verilmekte olan psikoterapi yöntemleri için ipuçları verebilir.

Kaynaklar

1. Kırpınar İ, Çayköylü A, Kuloğlu M. Erzurum'da Ruh Sağlığı Birimlerine ulaşım yolları. Türk Psikiyatri Dergisi 1994, 5:(3)
2. Gater R, De Almeida Sosa B, Bartiendos G ve ark. The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. Psychological Medicine 1991, 21:761-764
3. Özer H, Coşkun İ, Kırpınar İ. Psikiyatri Poliklinik hastalarında tıp dışı kişilere başvuru davranışının bazı özellikleri. IV. Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı 1995, Konya, s.130-140
4. Kırpınar İ. Erzurum Numune Hastanesi Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ruhsal bozukluklar nedeni ile tıp dışı kişilere başvurma davranışı üzerine bir araştırma. Düşünen Adam 1992, 1(2):13-17
5. Bayat AH. Türk dünyasında özellikle Anadolu tıbbi folklorunda akıl hastalıklarının tedavi yolları ve kaynakları. Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri 1988, Ankara Üni. basımevi, Ankara, 59-82

PSİKİYATRİK HASTALAR
ve
GELENEKSEL
TEDAVİCİLER

XI. ANADOLU PSİKİYATRİ GÜNLERİ
5-8 HAZİRAN 2002 / ADANA

Prof. Dr. İsmet Kırpınar
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

PSİKİYATRİ KURAM VE
PRATİKLERİNDEKİ
OLAĞANÜSTÜ GELİŞMELERE RAĞMEN
DEVAM EDEN

TEMEL MESELE

PSİKİYATRİK SORUNU OLAN KİŞİLERİN
PSİKİYATRİ BİRİMLERİNE
BAŞVURMA VE FAYDALANMA
ORANLARININ ARTMASIDIR.

ÇARE ARAMA DAVRANIŞI

- Sorunu fark ve kabul etme
- Sorunun tıbbi/psikiyatrik niteliğini anlama
- Danışma / bilgilenme / görüş alma
- Tedavicilerle temas
- Önerilen çare/ tedavi yi kabul
- Önerilen yönteme uyum

HER BASAMAKTA
KÜLTÜREL ETKİLENME
VE
FARKLILIKLAR

PSİKİYATRİ HASTALARI İLK
BAŞVURULARINI KİME YAPIYOR ?

* Gelişmiş ülkelerin çoğunda genel pratisyenlere
* Kenya'da ruh sağlığı dışındaki uzmanlara
* Endonezya'da geleneksel tedavicilere
* Ankara'da ruh sağlığı uzmanlarına
* Erzurum'da ruh sağlığı dışındaki uzmanlara

Gater ve ark 1991, Kılıç ve ark 1992, Kırpınar ve ark 1994

ERZURUM'DA RUH SAĞLIĞI BİRİMLERİNE
İLK DEFA BAŞVURMAKTA OLAN
HASTALARIN

%57'si en son psikiyatri dışı uzmanlardan
%16.6'sı en son pratisyen hekimlerden
%7.8'i en son geleneksel tedavicilerden

GEÇEREK

%18.6'sı doğrudan doğruya
GELİYOR

Kırpınar ve ark 1994

ERZURUM' DA
İLK BAŞVURU ORANLARI

• Psikiyatri dışı uzmanlar	% 43.2
• Pratisyen hekimler	% 23.5
• Ruh Sağlığı Birimleri	% 18.6
• Geleneksel tedaviciler	% 14.7

Kırpınar ve ark 1994

Psikiyatrik bozukluğu nedeni ile ilk olarak geleneksel tedavicilere başvuranların oranı

Hindistan	%12
Pakistan	%13
Yemen	%9
Singapurdaki Çinli hastalar	%36
Endonezya	%54
Ankara	%1
Erzurum	%14.7

Gater ve ark 1991, Kılıç ve ark 1992
Kırpınar ve ark 1994, Kua ve ark 1993

BU HASTALAR
PSİKİYATRİ BİRİMLERİNE
İLK DEFA BAŞVURAN
HASTALARDIR

TEKRARLAYAN BAŞVURULAR

• Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine birden fazla başvurmuş hastaların %62'si önce hekimlere, %38'i geleneksel tedavicilere başvurmuşlar

Özer ve ark 1995

YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALAR

• Erzurum Numune Hastanesinde yatarak tedavi görmekte olan **30** hastadan **1**'i dışında tümü geleneksel tedavicilere başvurmuş.

• Tek hasta tifo tanısı ile İntaniye kliniğine yatırılan ve oradan alınan bir hasta

• Hastalardan **% 74'** ü ilk olarak geleneksel tedavicilere başvurduklarını söylüyorlar.

Kırpınar 1992

Ruh sağlığı birimlerine ilk defa başvurmakta olan hastalardan geleneksel tedavicilere başvurmuş olanların

•% 55'i psikiyatri dışı uzmanlardan

•% 17'si pratisyen hekimlerden

•% 28'i diğer geleneksel tedavicilerden

GEÇEREK GELENEKSEL TEDAVİCİLERE GİTMİŞ

DAHA SONRA BU HASTALARIN

%55'i psikiyatri dışı uzmanlara

%17'si başka geleneksel tedavicilere

%28'i psikiyatri birimlerine BAŞVURMUŞ.

Kırpınar ve ark 1994

İLK BAŞVURU HIZLARI

En çabuk geleneksel tedavicilere başvuruluyor (14.5 hafta)

En geç RSB'ne ulaşılıyor (74.5 hafta)

Sorunun başlamasından ilk başvuru anına kadar geçen ortalama süre 44.65 hafta

Başka birimlere başvurduktan sonra psikiyatri birimlerine gelenler arasında ;

en çok gecikenler geleneksel tedavicilerden gelenler (başvurularından 23.2 hafta sonra)

pratisyenlerden 12 hafta sonra

diğer uzmanlardan 5.5 hafta sonra

psikiyatriye ulaşılıyor.

BAŞVURU BİÇİMİ

	Hekimler	Geleneksel ted.
Kendiliğinden, gönüllü, ikna ile	%66	%83
Zorla	%34	%17

Kırpınar 1992

Daha önce geleneksel tedavicilere başvurmuş ve RSB' ne birden fazla başvurusu olan hastalarda geleneksel tedavicilere başvurmamışlara göre

- Hastalık süresi daha uzun
- Öğrenim düzeyi daha düşük
- Tanısal farklılık yok (Şiz. tanılılar biraz fazla)
- Hastaların % 30'u geleneksel tedavicilere para vermediğini söylüyor
- % 56'sı bu tedavicilere 5'ten fazla sayıda başvurmuş

GELENEKSEL TEDAVİCİNİN BULUNDUĞU YER

• Hastanın kendi köyü	% 34
• İlçenin başka köyleri	% 34
• İl merkezi veya başka ilçeler	% 20
• Başka iller	% 10

Kırpınar 1992

KİM BUNLAR?

%56'sı cindar, büyücü, cinci ,falcı olarak tanınan kişiler
%23'ü dinsel ünvanlar kullanmakla birlikte din görevlisi olmayan kişiler
%21'i resmi din görevlileri

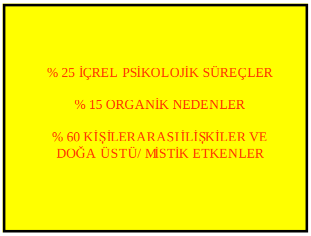
Kırpınar 1992

TANI YÖNTEMLERİ

DAİRE KURMA	% 25
SU GÖSTERME	% 33
YILDIZLAMA	% 30
İP VEYA AYNA GÖSTERME	% 12

Kırpınar 1992


KONULAN TANILAR
SİHİR %20
CİN-PERİ %35
NAZAR % 5
KORKMA %20
ÇOK DÜŞÜNME % 5
BEYİN DAMARI HASARI %15
Kırpınar 1992


% 25 İÇREL PSİKOLOJİK SÜREÇLER
% 15 ORGANİK NEDENLER
% 60 KİŞİLERARASI İLİŞKİLER VE
DOĞA ÜSTÜ/ MİSTİK ETKENLER


TEDAVİ YÖNTEMLERİ
MUSKA ve KARŞI
BÜYÜLER %75
OKUMA %21
DEĞNEKLEME % 8
BİTKİ/ YEMEK %20
BAŞKA % 8
Kırpınar 1992

Anadolu'ya kendi kültür ve inanışları ile gelen atalarımız bir taraftan binlerce yıldır yerleşmiş Pagan ve Hristiyan, bir taraftan da İslam dini ve onunla birlikte Arap/Fars kültürlerinden etkilenip bazı inanç ve pratiklerini günümüze kadar yaşatmışlardır.

Bayat 1988

AYNI KAVRAMSAL ÇERÇEVEYİ PAYLAŞMA

SADAKAT, GÜVEN VE BOYUN EĞME

PASİF VE TEDAVİCİDEN YÜKSEK BEKLENTİLİ TUTUM

ÖNERİLER / YORUMLAR

- Psikiyatri kavram ve uygulamalarını daha çok duyurma/tanıtma
- Ulaşılabilirlik
- Anlaşılabilir modeller
- Kullandığımız dil ve kavramsal çerçevelerin yerlileştirilmesi

SLAYT
SUNUMU

7

PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARA İLİŞKİN DAMGANIN PSİKOTERAPİYE ETKİSİ

Prof. Dr. Alp Üçok
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakütlesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Özet

Hemen tüm toplumlarda akıl hastalığı ve hastasına karşı olumsuz bir tutumun var olduğunu biliyoruz. Damga (stigma) hasta kişinin sırf hastalığı nedeniyle diğerlerince aşağı ya da suçlu gibi görülmesi ve toplumdan izole edilmesi anlamında kullanılmakta. Bu tür damgalama hem hastayı ve ailesini hem de ruh sağlığı çalışanlarını ve kurumlarını da etkiliyor. Damganın en olumsuz etkisi hastaların tedavi görme şansını azaltıyor olması.

Ruhsal sorunları olan kişiler bazen sadece toplumdaki olumsuz tutumdan çekindikleri için psikiyatri hekimine ya da kliniğine başvurmaya çekiniyor ya da önerilen tedaviyi uygulamıyor. Hastanın damgalanmasının ilaç tedavisine uyumu olumsuz

etkilediği yaygın olarak gözlenirken, damganın psikoterapi endikasyonu konmuş hastaları nasıl etkilediği de merak konusu. İlk izlenim gerek hekimlerin gerekse sokaktaki insanın farmakoterapi yerine psikoterapi önerilen kişiye daha "insaflı" yaklaştığı yönünde. Örneğin pratisyen hekimlerin %93'ü depresyonun psikoterapiyle iyileşebileceği görüşünde(1). Benzer şekilde, toplumda şizofreninin psikoterapiyle iyileşebileceğini düşünenlerin oranı %58 olarak bildiriliyor. Aynı grupta ilaç tedavisinin etkili olacağına inanların oranı %32. Psikoterapiye nisbeten prim veren bu tutumun arkasında ruhsal bozuklukların ruhsal zayıflıktan, "kişilik zayıflığından" kaynaklandığı inancı yatıyor olabilir.

Bu konuşmada ayrıca psikoterapiye devam eden hastaların damgalama hakkındaki görüşlerine de yer verilecektir.

Kaynaklar

1. E Özmen, T Aker, K Ögel ve ark. Türkiyede birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin depresyona bakış açısı. 6. Bahar sempozyumları, 24-28 Nisan 2002, Kongre bildirileri kitabı, 82-83
2. A Sağduyu, T Aker, E Özmen ve ark. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi,2001;12(2):99-110.

Stigma ve Stigmanın Psikoterapiye Etkisi

Prof. Dr. Alp Üçok
İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Stigma?

- “Toplumun kişiye **sırf hastalığı nedeniyle** değersiz, aşağı, farklı biriymiş gibi davranması ve onu toplumdan dışlayacak bir tutum takınması”

Stigma sadece hastayı ve yakınını değil tedavi ekibini, kurumları, hatta şehirleri de etkiler !

Stigma hastaların tedavi sistemine girişini engelliyor!

Ruhsal hastalıkların sebebi ne ?

- 245 pratisyen hekimin %32'si:
  "*depresyon ki şilik yap ısının zay ıflığından kaynaklan ır*"

  Özmen ve ark, 2002

707 "sade vatanda ş" ın %52'si:
"*şizofreni ki şilik yap ısının zayıfl ığından kaynaklan ır*"

Sağduyu ve ark,2001

Tedaviler?

- Pratisyen hekimler:

"*Depresyon tedavisinde kullan ılan ilaçlar ciddi yan etkilere neden olur" (%25.3)*

"*bu ilaçlar ba ğımlılık yapar*" (%20.5)

Özmen ve ark, 2002

"*Şizofreni tedavisinde kullan ılan ilaçlar ciddi yan etkilere neden olur* " (%25.4)

"*bu ilaçlar ba ğımlılık yapar*" (%44.8)

Şizofreni nasıl tedavi edilebilir?

- Geleneksel/folklorik tedavilerle (% 3.7)
- İlaçlarla (% 32.3)
- “Konuşma tedavisiyle” (% 57.7)

Sağduyu ve ark, 2001

Damga ayrım gözetiyor mu?

- Şizofreni hastalarının yakınları ile duygudurum bozukluğu hastalarının yakınları arasında stigmayı algılama düzeyi bakımından fark yok

Polat ve ark, 2000

Psikoterapiye devam edenler bu işe ne diyor ?

Araştırma grubu

- Psikoterapiye devam eden 63 hasta;
- Yaş: 27.7 (18-49)
- %56'sı kadın , %44'ü erkek

Tanılar;

Şizofreni (n:32) % 51

Cinsel İşlev Bozukluğu (n:18) % 28

Kişilik bozukluğu, depresyon (n:13) %21

Grupların özellikleri

ŞİZOFRENİ grubu	C.İ.B / K.B grubu
Tümü grup ted. de	Yarıdan çoğu grup ted
Tedavi süresi uzun	Tedavi süresi kısa
Psikoterapi süresi uzun (6-48 ay)	Psikoterapi süresi kısa (<6 ay)
Tümü ilaç kullanıyor	İlaç kullanan çok az
Çoğunluğu erkek	Çoğunluğu kadın
	p=0.003

Psikoterapiye gittiğinizi akrabalarınıza söylediniz mi?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
Evet	71	61	66.7
Hayır	28	38	33.5

Psikoterapiye gittiğinizi arkadaşlarınıza söylediniz mi?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
• Evet	68	54	61.9
• Hayır	31	45	38.1

Neden söylemediniz ?

- *"Çekindiğim, utandığım için söylemedim"*
- *"Yardıma ihtiyaç duyduğumu bilmeleri ilişkilerimi olumsuz etkileyebilir"*
- *"Garip karşılayacakları için"*
- *"Arkadaşlarım dışlamasın diye"*
- *"Çünkü psikiyatri tedavisi görenlere deli gözüyle bakılıyor, ya da bana öyle geliyor"*
- *"Arkadaşlarım doktora gitmemi istemiyor"*

İlaç tedavisine karşı tutumunuz nasıl?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
• Olumlu	71	64	69
• Olumsuz	19	12	16
• Fikrim yok	10	24	15

Psikoterapiye karşı tutumunuz nasıl?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
Olumlu	81	90	85
Olumsuz	-	-	-
Bilmiyorum	19	10	15

Psikoterapinin psikiyatri kliniğinin dışında bir yerde olmasını ister misiniz?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
İsterim	28	45	36.5
İstemem	21	22	22.2
Farketmez	51	33	39.7

Sizce toplumun ilaç tedavisine karşı tutumu nasıl?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
Olumlu	26	13	19
Olumsuz	41	41	41.3
Bilmiyorum	33	46	39.2

Sizce toplumun psikoterapiye karşı tutumu nasıl?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
Olumlu *	40	35	38
Olumsuz	28	51	39
Bilmiyorum	32	14	22

*p=0.05

Psikoterapiye başladıktan sonra çevrenizin tutumunda değişiklik oldu mu?

%	Şizofreni	CİB/KB	Toplam
Olmadı	59	71	61
Olumlu *	34	28	30.2
Olumsuz	6	-	3.2

Sonuç

- Psikoterapiye devam edenlerin stigmayı algılaması hastalık tanısından etkilenmiyor
- Gerek hastaların, gerekse toplumun değişik gruplarının gözünde psikoterapi, farmakolojik tedaviye göre " daha itibarlı" bir konumda

"Terapiye gittiğiniz günler bir tanıdıkla, bir komşuyla karşılaşmamak için dua ediyorsunuz. Çünkü onların nereye gittiğinizi soracağını bilir ve durumunuzu açıklayamayacağınızı düşünürsünüz. ***Şizofreni hastası olarak ikinci üçüncü sınıf değil de onbirinci sınıf vatandaş olarak muamele göreceğinizi düşünürsünüz****."*

Nurten,2001

POSTER

1

DOĞU ANADOLU'DA KANSERLİ ÇOCUKLARIN ANNE - BABALARINDA ANKSİYETE VE EŞ UYUMU

Ali Çayköylü[1], Recep Akdağ[2], Arzu Yiğit[1], Mustafa Büyükavcı[2]

[1] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

[2] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD

Özet

Amaç: Bu çalışmada çocukları bir süredir kanser tedavisi görmekte olan anne- babaların anksiyete düzeyleri ve eş uyumunun incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Pediatri Bölümünde daha önce kanser tanısı almış, akut tedavi fazını geçirmiş, halihazırda idame tedavisi yapılmakta olan 26 çocuğun anne ve babasıyla görüşüldü. Çocuğa ve anne-babaya ait sosyodemografik ve klinik veriler kaydedildi. Anne ve babaya STAI-TX I – II (Durumsal ve Sürekli Kaygı Envanteri) anksiyete ve Birtchnell Eş Değerlendirme Ölçekleri uygulandı. Aynı işlem kontrol grubu olarak belirlenen üst solunum yolu enfeksiyonu için çocuk polikliniğine başvuran 26 çocuğun anne ve

babalarında gerçekleştirildi. Her iki gruba uygulanan anksiyete ölçekleri ve eş değerlendirme ölçeğinin alt ölçek skorları ve kanserli çocukların anne ile babalarının anksiyete skorları bağımsız örneklem-t testiyle karşılaştırıldı. Eş değerlendirme ölçekleri ile anksiyete skorları arasındaki ilişki olup olmadığı pearson korelasyon analizi ile test edildi.

Bulgular: Çalışmaya 8 kız, 18 erkek olmak üzere 26 çocuğun anne ve babası katıldı. Kanserli çocukların ebeveynleri ile kontrol grubu ebeveynlerinin eş uyumu alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. (Baba Bağımlılık: t= -0,815, p= 0.419; Baba kontrolcülük: t= -0.747, p= 0.459; Baba Kopukluk: t= -1.458, p= 0.152; Baba Güvenilebilirlik: t= -0.857, p= 0.396; Anne Bağımlılık: t=1369,p=0.178; Anne Kopukluk: t=-1.475; p=0.147: Anne Kontrolcülük: t=-0.789; p=0.384; Anne Güvenilirlik: t=0.349, p=0.729). Kanserli çocukların anne- babalarında anksiyete ölçeği skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (Baba STAI-TX1: p=0.001; Baba STAI-TX2: p=0.066; Anne STAI-TX1: p<0.001; Anne STAI-TX2: p<0.001). Kanserli çocukların annelerinin durumsal ve sürekli anksiyete skorları babalarınkine göre anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla; p=0.041; p<0.001). Kanserli çocukların babalarının eş değerlendirme alt ölçekleri ile anksiyete ölçekleri arasında bir ilişki bulunamadı (p>0.05). Annelerin eş değerlendirme alt ölçeklerinden Anne Bağımlılık ile Anne STAI-TX2 arasında anlamlı bir negatif korelasyon bulundu (r=-0.460, p=0.018). Annenin diğer alt ölçek skorları ile STAI-TX1 ve STAI-TX2 arasında bir ilişki belirlenemedi.

Tartışma ve Sonuç: Kanser olgusu fiziksel bir hastalık olduğu kadar ruhsal ve sosyal bileşşenleri de olan bir sorundur. Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde belirsizlikler içeren ölümü çağrıştıran suçluluk, terk edilme, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır(3). Toplumun temel ve önemli birimlerinden biri olma özelliğini yüzyıllardır kaybetmeyen aile bireye hayat vermekte ve onu etkilemektedir(1). Bir çocukta kanser teşhis edildiği zaman sadece çocuk etkilenmez tüm aile bundan bir hayal kırıklığı

yaşar(2). Aile içindeki atmosfer ve ebeveynin tavırları tedavinin başarısından derinden etkilenebilir. Bizim çalışmamızda hem annelerin hem babaların anksiyete skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunması hastalığın psikolojik olarak yıpratıcı tabiatını sergilemektedir. Annelerin özellikle sürekli kaygı skorları olmak üzere anksiyete skorlarının babalara göre daha yüksek oluşu dikkat çekiciydi. Ancak eş uyumunun bozulmamış olması kanser tedavisindeki yeni gelişmelere paralel olarak anne ve babanın tedaviden beklentilerinin yüksekliğine (3) ve toplumumuzun güçlü aile yapısına bağlanabilir.

Kaynaklar

1. Atlı H, Özkan S: Sosyal çalışma açısından kanserin aile içinde yarattığı sorunların belirlenmesi ve sosyal desteğin gerçekleşmesinde etkili unsurlar. Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi İstanbul, 1998-1999; 159-165
2. Lahteenmaki PM, SalmiTT, Salo MA: Children with malignant disorders: the health and life situation of their parents examined over a 7-year interval. Acta Pediatr 85: 1996; 70-75
3. Özkan S: Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon ve Liyezon Psikiyatrisi İstanbul 1993; 153-174

POSTER

2

KANSERLİ ÇOCUKLARIN ANNE-BABALARINDA DEPRESYON VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ

Ali Çayköylü[1], Arzu Yiğit[1], Mustafa Büyükavcı[2] Recep Akdağ[2],

[1] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,
[2] Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD

Özet

Amaç: Kanser tedavisi görmekte olan çocukların anne-babalarında depresyon ve intihar düşüncesinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Pediatri Bölümünde daha önce kanser tanısı almış, akut tedavi fazını geçirmiş idame tedavisi almakta olan 26 çocuğun anne ve babasıyla görüşüldü. Çocuğa ve anne-babaya ait sosyodemografik ve klinik veriler kaydedildi. Anne ve babaya Hamilton depresyon ölçeği (HDÖ) ve Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) uygulandı. Aynı işlem kontrol grubu olarak alınan, üst solunum yolu enfeksiyonu için çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran 26 çocuğun anne ve babalarına uygulandı. Kanserli çocukların anne ve babalarına

uygulanan HDÖ ve BİDÖ skorları ile kontrol grubunun skorları bağımsız örneklem t testiyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 8 kız, 18 erkek olmak üzere 26 çocuğun anne ve babası katıldı. Çocuların yaş ortalaması 7,9 ± 4,41 idi. Annelerin ortalama yaşı 34.26±9.44 babaların ortalama yaşı 39.73±10.15 idi. Kanserli çocukların anne ve babalarının depresyon ve intihar intihar düşünce ölçeği skorları kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Baba HDÖ: p=0.003; Baba BİDÖ: p=0.02; Anne HDÖ: p<0.001; Anne BİDÖ: p<0.001).Annelerin depresyon ve intihar düşünce skorları skorları babaların depresyon skorlarından yüksek bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla: p=0.094 ve p=0.087).

Tartışma ve Sonuç: Daha önceki çalışmalarda kanserli çocuklarda bazı psikiyatrik semptomlar görülmesine karşın onların annelerinde daha büyük psikiyatrik sorunlar görüldüğü rapor edilmektedir.(2) Kanserli çocukların ebeveynlerinde %50 oranında psikiyatrik bozukluk görüldüğü bunlarında yaklaşık %73'ünün depresif bozukluk olduğu bildirilmektedir (3). Yapılan çeşitli araştırmalarda tanı konmasından bir yıl sonra dahi ailelerde depresyonun devam ettiği belirtilmektedir (1). Biz bu çalışmada da kanserli çocukların anne babalarının depressif şikayetlerinin ve intihar düşüncelerinin çocuklarının hastalığı ile bağlantılı olarak artmış olduğunu gözlemledik**.**

Kaynaklar

1. Ağaoğlu L, Nogay G: Kanserli çocuk ve adolesanlara psikososyal yaklaşım. Ekşi A (ed) Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü İstanbul 1999; 416-424.
2. Brown RT, Kaslow NJ, Madan Swain A, Deopke KJ, Sexson SB, Hill LJ. Parental psychopathology and children's adjustment to leukemia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32 (3): 554-61.
3. Sharan P, Mehta M, Chaundhry VP. Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. Pediatr Hematol Oncol 1999 Jan: 16 (1). 43-47.

POSTER

3

ZİHİNSEL VE/VEYA BEDENSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ANNE VE BABALARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE EVLİLİK UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fevziye Toros[1], Kemal Yazıcı[1], Handan Çamdeviren[2]

[1] Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,
[2] Mersin Üniversitesi Biyoistatistik AD

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı bedensel ve/veya zihinsel engelli çocukların sosyodemografik özelliklerini, anne-babalardaki depresyon, anksiyete ve evlilikte uyum düzeylerini belirlemektir.

Yöntem: 21 Otistik bozukluk (OB), 19 serebral palsi (SP), 11 Down Sendromu (DS) olan çocuk ve 21 zihinsel ve/veya bedensel engeli olmayan çocuklar kontrol grubu (KG) olarak çalışmaya alındı. Sosyodemografik bulgular standart olarak hazırlanmış sosyodemografik veri toplama formu ile anne-babalara sorularak

elde edildi. Tüm çocukların anne-babalarına Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) uygulandı.

Bulgular: Tüm engelli çocukların (hasta grubu) annelerinin BDE puanı kontrol grubundaki annelerin BDE puanına göre daha yüksekti (p=0.04). Annelerin BDE ve BAE puanları dört grupta da babalarınkinden yüksekti (p<0.05 ve p<0.01). EUÖ puanı düşük olan anneler ve babalarda BDE ve BAE puanları yüksek olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (p<0.05).

Sonuç: Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocuğa sahip anneler ruhsal olarak babalardan daha çok etkilenmekteydi. Bu nedenle engelli çocuğa sahip olan anne-babalara (özellikle annelere) düzenli şekilde gerekli ve yeterli ruhsal destek verilmelidir.

Kaynaklar

1. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ, Pettee Y, Hpng J. Life course impacts of parenting a child with a disability. Am J Ment Retard 2001; 106(3): 265-286.
2. Magill-Evans J, Darrah J, Pain K, Adkins R, Kratochvill M. Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families? Develop Med&Child Neurology 2001; 43: 466-472.
3. Florian V, Findler L. Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. Am J Orthopsychiatry 2001; 71(3): 358-67.

POSTER

4

DİABETİK KOMPLİKASYON GELİŞEN HASTALARDA DEPRESYON

Ayşin Mutlu Tomaç[1], Ali Cezmi Arık[1], Mustafa Çapraz[2], Hakkı Kahraman [2]

[1] Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.,
[2] Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.

Özet

Amaç: Diabetes Mellitus yaşamın hemen her alanını etkileyen sürekli izlem gerektiren ve komplikasyonlara neden olan kronik bir hastalıktır. Diabetes Mellituslu bireylerde emosyonel tepkiler, uyum güçlükleri ve depresif bozukluklar en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardır (1). Diabetli hastalarda hastalığın kendisinin ve/veya fiziksel komplikasyonlarının depresyona neden olduğu düşünülmektedir (1,2). Bu çalışmada diabetin neden olduğu komplikasyonların bu hastalarda görülen depresyon üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Diabetes Mellitus tanılı 106 hasta alındı. Başka bir sistemik hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Komplikasyon gelişen ve gelişmeyen olarak iki gruba ayrılan hastalara tam bir psikiyatrik muayene yapıldı. Major Depresyon tanısında DSM-IV tanı ölçütleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde iki grubun karşılaştırılmasında Student T testi, Pearson korelasyon analizi, Fisher's exact test ve Ki-kare testi uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 60'ı kadın (% 56.6), 46'sı erkekti (%43.4). Hastaların 13'ü (% 12.3) tip I diabet, 93'ü tip II diabet tanılıydı. 35 hasta (% 33.0) insülin, 71 hasta (%67.0) oral antidiabetik tedavisi görmekteydi. 37 hastada (% 34.9) komplikasyon tespit edilemedi. 69 hastada (% 65.1) bir ya da daha fazla komplikasyon saptandı. Komplikasyonu olan grubun % 43.5'inde (N=30), komplikasyon olmayan grubun %13.5'inde (N=5) depresyon saptandı. Her iki grup arasında depresyon oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.01$, $x2=11.61$). Komplikasyon gelişen hastaların yaş ortalaması 55.7+/- 11.5 yıl, komplikasyon gelişmeyen hastaların yaş ortalaması 46.9+/-13.6 yıl idi. Her iki grubun yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p < 0.01$, $t=3.59$). Diabetes Mellitus süresi ortalama olarak komplikasyon gelişen grupta 12.4+/-7.4 yıl, komplikasyon gelişmeyen grupta 5.8+/-4.6 yıl idi. Diabetin süresi açısından iki grup arasındaki fark anlamlı olarak saptandı ($p < 0.0001$, $t=5.66$). Çalışmada cinsiyet ve tedavi şekli açısından, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tartışma: Diabete eşlik eden depresyonun kan şekerindeki düzensizliklerle ilişkili olduğu ve diabetik komplikasyonlar için risk oluşturduğu düşünülmektedir (3). Diabetik komplikasyonların gelişmesi ek tedavi gereksinimine, yaşam kalitesinin bozulmasına, psikoseksüel sorunlara, vücut imajının bozulmasına ve başkalarının bakımına ihtiyaç duyulmasına neden olarak depresyon riskini daha da çok arttırmaktadır (1). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak komplikasyon

grubundaki depresyon oranı (%43.5), komplikasyonsuz gruba oranla (%13.5) anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Genel popülasyonda major depresif bozukluk kadınlarda daha sık gözlenen bir hastalık olmakla birlikte, bizim çalışmamızda gruplar arasında depresyon-cinsiyet ilişkisi açısından fark saptanmamıştır. Hastalık ve komplikasyonlar nedeniyle gelişen yaşam sınırlamalarının, işlevsellikteki azalmanın, gelecek endişesinin, cinsel yeterliliğin azalacağı korkusunun toplumumuzda aile reisi konumunda olan erkeğin ruhsal durumunu daha çok etkilediği şeklinde açıklanabilir. Çalışmamızda komplikasyon grubunda hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu ve hastalık süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, hastaların primer hastalığa katlanma güçlerinin azalmasına, bakım verenlerin bıkkınlığına ve hastalığın ilk günlerdeki gibi önemsenmemesine neden olabilmektedir. Bu çalışmada, hastalık süresi uzun olan hastalarda, yaşlılarda ve komplikasyon gelişen hastalarda depresyonun daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda, yukarıdaki özelliklere sahip olan diabetli hastalarda, primer hastalığın yanında depresyonun da iyi incelenmesi ve tedavi edilmesi gerektiği kanısına varılmıştır.

Kaynaklar

1. Özkan S: Dahili Tıpta Psikiyatrik Bozukluklar, Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1994-1995; İstanbul, s:94-99.
2. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. Psychosom Med 2001; 63(4):619-30.
3. Cohen ST, Welch G, Jacobson AM, De Groot M, Samson J: The association of lifetime psychiatric illness and increased retinopathy in patients with type I diabetes mellitus. Psychosomatics 1997; 38(2):98-108.

POSTER

5

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE İŞ DOYUMU

Filiz Karadağ[1], Nursel Karagöz[2], Olcay Erdoğan[2], Pınar Salapgir[2]
[1] Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD
[2] Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Özet

Amaç: İş doyumu, bireyin iş yaşamını değerlendirmesi sonucu elde ettiği haz duygusu olarak tanımlanır ve işin niteliği, ücret, yükselme olanağı, çalışma koşulları, denetim, örgüt ve yönetim, çalışanın kişiliği gibi pek çok faktörden etkilenir[1]. Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu düzeyini belirlemek ve hemşirelerin iş yaşamını ve hizmet kalitesini etkileyebilecek olumsuzlukların saptanması amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın yapıldığı dönemde Pamukkale Üniversitesi Eğitim uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan, tüm hemşirelere (s:127) hemşirelikte iş doyumu ölçeği[2] uygulandı. Ölçek, genel iş doyumu düzeyi, işin kendisi, ücret, gelişme

olanakları, güvenlik, yükselme olanakları, çalışma ortamı ve koşulları, yönetim biçimi, yöneticilerle ilişkiler ve çalışma arkadaşları ile ilişkiler boyutlarında algılanan iş doyumunu yansıtmaktadır. Genel iş doyumu puanı "0" ile "90" arasında değerler almakta, "45"ten "0" a yaklaştıkça doyum artmakta, "90"a yaklaştıkça azalmaktadır. Diğer boyutlardan alınan puan "0"a yaklaştıkça daha fazla doyum elde edildiği biçiminde değerlendirilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, medeni durum, çocuk sayısı, bitirdikleri okullar, çalıştıkları birimler, çalışma şekli ve süresi gibi veriler kaydedildi. Bu sosyodemografik ve işle ilgili değişkenler ile iş doyumu düzeyi arasındaki ilişki araştırıldı. İstatistiksel analiz SPSS 8.0 paket programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 25.31±4.13 olup, çoğu bekar (% 50.4), %49.6'sı evli ve %33.1'i çocuk sahibiydi. Ön lisans mezunu olanlar %58.3, sağlık meslek lisesi mezunu olanlar %23.6, yüksek okul mezunu olanlar % 18.1 oranında bulundu. Hemşirelerin % 33.9'u klinik servislerde, % 28.3'ü poliklinikte, %37.8'i ameliyathane ve yoğun bakım ünitelerinde çalışıyordu. Nöbet tutan hemşireler büyük çoğunluğu (%74) oluşturuyordu. Tüm hemşire grubunun genel iş doyumu düzeyi 47.73±10.82 olarak bulundu. En yüksek doyum iş niteliği (3.86±1.30) ve arkadaşlık ilişkileri (4.10±1.56) boyutunda yaşanırken, en düşük doyum ücret (7.16±2.56), yükselme olanakları (6.27±3.47), çalışma ortamı ve koşulları (6.97±1.63) boyutlarında yaşanıyordu. Çocuk sahibi olanlar (4.17±2.23), olmayanlara (5.05±1.81) göre gelişme olanakları açısından daha fazla doyum elde etmekteydiler (p=.029). Nöbet tutanların, tutmayanlara göre arkadaşlık ilişkileri (p=.028) ve mesleki gelişme olanakları (p=.034) açısından doyum düzeyleri daha yüksekti. Yoğun bakım ünitelerinde çalışanlar, arkadaşlık ilişkileri açısından diğer birimlere göre daha fazla doyum sağlamaktaydılar (p =.001). Poliklinikte çalışanlar diğer bölümlerde çalışanlara göre kendilerini daha güvende hissediyorlardı (p= .025). Hemşirelik yüksek okulu ve ön lisans mezunu hemşireler, sağlık meslek lisesi mezunlarına göre

yönetim biçimi konusunda daha fazla doyumsuzluk ifade etmişlerdi (p= .009). Çalışma süresi arttıkça, gelişme olanakları açısından yaşanan doyum artarken (r = -0.230, p= .009), güvenlik (r = 0.215, p= 0.015) ve ücret (r= 0.209, p= 0.018) alanlarında yaşanan doyum azalmaktaydı.

Tartışma: Araştırmamızda hastanemizde çalışan hemşirelerin genel iş doyumu düzeyinde azalma eğilimi göstermekte, özellikle ücret, mesleki gelişme olanakları, çalışma ortamı ve koşulları alanlarında doyumsuzluk düzeyi yükselmektedir. En fazla doyumun işin niteliği ve arkadaşlık ilişkileri boyutunda yaşandığı bulunmuştur. Önceki çalışmalarda da en yüksek iş doyumunun işin niteliği ile ilgili özelliklerden, en düşük doyumun ise düşük maaş ve ücretten kaynaklandığı gösterilmiştir[3]. Çalışmamızda, genel iş doyumu düzeyi ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ancak, çocuk sahibi olmanın olumlu, eğitim düzeyinin durumu, çalışma şekli ve süresi, çalışılan birim iş doyumunun farklı boyutları ile ilişkili bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Başaran TE. Örgütsel davranışın yönetimi, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, No:III, Ankara,1982.
2. Aksayan S. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumu etkenlerinin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1990.
3. Carol A, Boswell RN. Work stress and job satisfaction for the community health nurse. Journal of Community Health Nursing, 9:221-227, 1992.

POSTER

6

ŞİZOFRENİK HASTA YAKINLARININ HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERİ VE DESTEKLEME YAKLAŞIMLARI

Hatice Öner[1], Fatma Öz[2]
[1] Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu
[2] Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Özet

Amaç: Bu araştırmada, şizofreni tanısı alan hastaların yakınlarının hastalık bilgileri, yaklaşım bilgileri ve destekleme yaklaşımlarını belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri kliniğinden 29, Ankara Üniversitesi Psikiyatri kliniğinden 48 şizofreni hastasının yakınları oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Soru formunun birinci bölümünde hastaya birinci dereceden bakım veren kişi ve ailesine yönelik tanıtıcı bilgiler, ikinci bölümde ise şizofreni hastalığı ve destekleyici yaklaşımları ile ilgili sorular yer almaktadır. İçerik geçerliği ve güvenirlik çalışması yapılan soru formunun Cronbach alfa

güvenirlik katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur. Toplanan veriler SPSS Paket programıyla bilgisayarda t testi, tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve yüzdelik kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hasta bakımında en fazla anneler sırasıyla babalar ve kardeşler sorumluluk almışlar ve hastaya bakım verenlerin cinsiyet oranları birbirine yakındır. Hasta yakınları hastalıkla ilgili bilgiyi en çok doktordan; daha sonra hastayı gözlemleyerek; tv, gazete, dergi ve bilimsel yayınları takip ederek öğrenmişlerdir. Hasta yakınlarının şizofreninin özellikleri, tedavisi ve etkilerini bilme ve rehabilitasyonuna yönelik bilgileri ile olumlu destekleme yaklaşımı bilgileri orta düzeydedir. 20-29 yaş grubundaki hasta yakınlarının hastalığın özelliklerine ilişkin bilgileri daha yüksek düzeyde; 40 ve üstü yaş grubundaki hasta yakınlarının ise hastalarına daha olumlu destekleyici yaklaşımda bulunmalarında daha başarılı oldukları belirlenmiştir. Eğitimi lise ve yüksekokul olan hasta yakınlarının, hastalık özellikleri ve rehabilitasyon bilgilerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, hastalık süresi 1-3 yıl ile 7 yıl ve üstü olan hastaların yakınları ile, hastaneye 1 ile 6 ve daha fazla sayıda yatan hastaların yakınlarının, hastalık özelliklerine ilişkin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bunlardan farklı olarak, hasta yakınlarının yaş ve meslek durumu hastalığa ilişkin yaklaşım bilgilerini etkilememiştir.

Tartışma ve Sonuç: Hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin yüksekliği hasta bireye gösterilen yaklaşımın da aynı oranda olumlu olmasını sağlamıştır. Cinsiyet ve meslek, hastalık ve yaklaşım bilgisi ile olumlu destekleme yaklaşımlarını etkilememiştir. Hasta yakınlarının olumlu destekleme yaklaşımları orta düzeydedir. Ayrıca, hastalık süresi 1-3 yıl ve 7 yıl ve üstü olan hastaların yakınları ile hastaneye 1 ve 6 ve daha fazla sayıda yatan hastaların yakınları hastalık özellikleri bilgileri daha yüksek çıkmıştır. Hastalıkla ilgili bilgi puanları hasta bakımında destek ve bilgi alma durumundan etkilenmemiştir.

POSTER

7

KEMOTERAPİ ALAN LENFOMALI HASTALARIN HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİ

Nalan Gördeles Beşer [1], Fatma Öz [2]
[1] Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
[2] Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Özet

Amaç: Bu araştırma, kemoterapi alan lenfomalı hastaların kemoterapi öncesi ve 3. kür kemoterapi sonrasında hastane anksiyete- depresyonunu ve anksiyete- depresyonun yaşam kalitesine olan etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmış, 15 Mart 2000- 31 Mart 2001 tarihleri arasında kemoterapi almak üzere bu hastaneye yatan ve yeni tanı alan 80 lenfomalı hasta çalışmaya alınmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından iç geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, geçerlik güvenirliği Aydemir tarafından yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyonu Ölçeği İle toplanmıştır. Lenfoma tanısı alan ve

kemoterapinin birinci kürünü almak için ilk kez hastaneye yatan hastalara, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyonu Ölçeği uygulanmıştır. Aynı hastalara kemoterapinin üçüncü kürünü almak üzere hastaneye tekrar yattıklarında kür bitiminde Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyonu Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t Testi ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Kemoterapi (kmt) öncesinde hastaların ortalama anksiyete puanı 6.5±3.5, ortalama depresyon puanı 6.9±3.9 olarak, kemoterapi sonrası ise; ortalama anksiyete puanı 8.1±4.8, ortalama depresyon puanı 7.8±5.1 olarak bulunmuştur. Ancak bu puan farkı yalnızca anksiyete düzeyinde anlamlı bulunmuştur (p=0.018). Kemoterapi öncesi anksiyetesi olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali puanı 52.8, anksiyetesi olan hastaların genel iyilik hali puanı 31.4 olarak, kemoterapi sonrasında ise; anksiyetesi olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali puanı 57.2, anksiyetesi olan hastaların genel iyilik hali puanı 27.6 olarak bulunmuştur. Anksiyetesi olan ve olmayan hastaların aldıkları puan farkının hem kemoterapi öncesi hem de kemoterapi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (kmt öncesi: p=0.017. kmt sonrası: p=0.000).Kemoterapi öncesi anksiyetesi olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel alandan aldıkları puan 43.4, anksiyetesi olan hastaların emosyonel alandan aldıkları puan 12.0 olarak kemoterapi sonrası ise; anksiyetesi olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel alandan aldıkları puan 77.1, anksiyetesi olan hastaların emosyonel alandan aldıkları puan 44.7 olarak bulunmuştur. Anksiyetesi olan ve olmayan hastaların aldıkları puan farkı hem kemoterapi öncesi hem de kemoterapi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (kmt öncesi: p=0.001. kmt sonrası: p=0.000). Kemoterapi öncesi depresyonda olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali puanı 60.5, depresyonda olan hastaların genel iyilik hali puanı 41.6 olarak, kemoterapi sonrası ise; depresyonda olmayan

hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından genel iyilik hali puanı 66.6, depresyonda olan hastaların genel iyilik hali puanı 40.4 olarak bulunmuştur. Depresyonda olan ve olmayan hastaların aldıkları puan farkının hem kemoterapi öncesi hem de kemoterapi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (kmt öncesi: $p<0.05$. kmt sonrası: $p=0.000$).Kemoterapi öncesi depresyonda olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel alandan aldıkları puan 48.8, depresyonda olan hastaların emosyonel alandan aldıkları puan 65.5 olarak, kemoterapi sonrası ise; depresyonda olmayan hastaların yaşam kalitesi alt gruplarından emosyonel alandan aldıkları puan 81.4, depresyonda olan hastaların emosyonel alandan aldıkları puan 61.6 olarak bulunmuştur. Depresyonda olan ve olmayan hastaların aldıkları puan farkının hem kemoterapi öncesi hem de kemoterapi sonrası istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (kmt öncesi: $p=0.004$, kmt sonrası: $p=0.000$).

Tartışma: Lenfomalı hastaların kemoterapi ile birlikte hastane anksiyete ve depresyon puanları yükselmiştir. Anksiyete yaşayan ve depresyonda olan hastalar yaşam kalitesi alanlarından genel iyilik halinden ve emosyonel durumdan hem kemoterapi öncesi hem de kemoterapi sonrası daha düşük puan almışlardır. Yani yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. Depresyonu olan ve anksiyete yaşayan hastaların kemoterapi sonrası her iki alandan da aldıkları puan düşerken, anksiyete yaşamayan ve depresyonda olmayan hastaların kemoterapi sonrasında bu alanlardan aldıkları puan yükselmiştir. Sonuç olarak şunu söyleyebiliriz ki, kanser olmanın verdiği korku, hastaneye sık sık yatma ve kemoterapi gibi ağır bir ilaç tedavisine maruz kalma lenfomalı hastaların anksiyete yaşamalarına, depresyona girmelerine ve sonuçta da yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır. Birçok çalışmada da bu sonuçlar desteklenmektedir. Kanserli hastaların yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte ve birçok kanserli hastanın depresyon bulgularını taşıdığı, anksiyete yaşadığı bilinmektedir(1,2,3).

Kaynaklar

1. Devlen,J.,Maguime,P., Philips,P. " Psychological Problems Associated with Diagnosis and Treatment Lymphomas ," Br Med J. 6(2),1987
2. Frost,M.H., Brueggen,C.,Mangan,M. "Interventing with the Psychosocial Needs of Patient and Families: Perceived İmportance and Skill Level, " Cancer Nursing. 20(3), October, 1997.
3. Jorum and E.A. "Quality of Life in Survivors of Hogkins' Diease," Quality of Life Research. 5(5), 1996.

POSTER

8

KANSER VE DİĞER KRONİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARIN, ANNE VE BABALARININ DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ

Fevziye Toros[1], Şenel Tot[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Özet

Amaç: Bu çalışmada kanser tanısı almış çocukların ve ebeveynlerinin depresyon ve anksiyete düzeylerini diğer kronik hastalığı olan ve kronik hastalığı olmayan çocuklardaki ve ebeveynlerindeki anksiyete ve depresyon düzeyleri ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 9 yaş ve üzerindeki 21 kanser hastalığı(1. Grup), 21 herhangi bir kronik hastalığı (2.Grup) olan çocuklar ve ebeveynleri ile kronik hastalığı olmayan 9 yaş ve üzerindeki 19 sağlıklı çocuk ve ebeveynleri (3. Grup) alınmıştır. Tüm çocuklara Çocuk Beck Depresyon Ölçeği (ÇBDÖ), Çocuk Durumluluk Kaygı Envanteri (ÇDKE), Çocuk Süreklilik Kaygı Envanteri

(ÇSKE); tüm annelere ve babalara Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmış, sosyodemografik veri toplama formu ile veriler toplanmıştır.

Bulgular: 1. Grupta ÇBDÖ puanı diğer iki gruba göre, 2. Grupta ÇBDÖ puanı 3. gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. 1. Grup ve 2. Grup arasında ÇDKE ve ÇSKE açısından anlamlı farklılık yoktu. Ancak 1. Grup ve 2. Gruptaki ÇDKE ve ÇSKE puanları 3. Gruptan anlamlı düzeyde yüksekti. 1.Grup ve 2. Gruptaki çocuklar 3. Gruptaki çocuklara göre daha sık majör depresif tanısı almışlardı. Annelerin BAÖ puanları 1. grupta diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksekken Babaların BAÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.3). Ancak hastalık süresi ile baba BAÖ puanları arasında pozitif ilişkili vardı (p=0.012, r=0.38). ÇDKE ve ÇSKE ile anne BDÖ ve BAÖ puanları arasında pozitif ilişki saptandı. Anne BDÖ ve BAÖ ile baba BDÖ arasında pozitif ilişki vardı. Anne ve babaların yaşı düştükçe ÇSKE puanları, anne ve baba eğitim düzeyi düştükçe BDÖ yükseliyordu. Parçalanmış ailelerde annelerin BDÖ puanları daha yüksekti.

Sonuç: Kanserli çocuklardaki depresyon ve kaygı düzeyleri herhangi bir kronik hastalığı olan ve olmayan çocuklardaki depresyon ve kaygı düzeylerine göre, annelerde depresyon ve kaygı düzeyleri de babalara göre daha yüksekti. Çocuklardaki kaygı düzeyleri arttıkça annelerdeki kaygı ve depresyon düzeyleri yükselmekteydi.Sonuç olarak kanser hastalığı ve kronik hastalığı olan çocuklar ve ebeveynleri ruhsal açıdan birlikte değerlendirilmeli ve gerekli ruhsal destekler tüm aile bireylerine sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Taanila A, jarvelin MR, Kokkonen J. Cohesion and parents' social relations in families with a child with disability or chronic illness. Int J Rehabilitation Res 1999;22:101-109.

2. Dumont RH, Jacobson AM, Cole C ve ark. Psychological predictors of acute complications of diabetes in youth. Diabetic Medicine, 1995;1: 612-18.
3. Seltzer MM, Greenberg JS, Floyd FJ. Life course impacts of parenting a child with a disability. Am J Mental Retard. 2001;106(3): 265-86.

POSTER

9

ZİHİNSEL VE/VEYA BEDENSEL ENGELLİ ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN ANKSİYETE, DEPRESYON, EVLİLİK UYUMUNUN VE ÇOCUĞU ALGILAMA ŞEKLİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fevziye Toros[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı bedensel ve/veya zihinsel engelli çocukların sosyodemografik özelliklerini, annelerdeki depresyon, anksiyete, evlilikte uyum düzeylerini ve annelerin çocuklarını algılama şeklini belirlemektir.

Yöntem: 21 Otistik bozukluk (OB), 19 serebral palsi (SP), 11 Down Sendromu (DS) olan çocuk ve anne-babaları hasta grubu (HG) olarak, 21 zihinsel ve/veya bedensel engeli olmayan çocuklar ve anne-babaları kontrol grubu(KG) olarak çalışmaya alındı. Sosyodemografik bulgular standart olarak hazırlanmış sosyodemografik veri toplama formu ile anne-babalara sorularak

elde edildi. Tüm çocukların annelerine Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) ve Aile Çocuk İlişkileri Anne formu (AÇİAF) uygulandı.

Bulgular: HG'ndaki annelerinin BDE puanı kontrol grubundaki annelerin BDE puanına göre daha yüksekti (p=0.04). EUÖ puanı düşük olan annelerde BDE ve BAE puanları daha yüksekti (p<0.05). AÇİAF'nda sıcaklık-vgi altölçek puanı HG'nda KG'a göre (p<0.05), saldırganlık-kin altölçek puanı DS grubunda OB grubuna göre (p<0.05), ilgisizlik-ihmal altölçek puanı DS+SP grubunda OB+ KG'a göre daha yüksekti (p<0.05). Anne BDE ile saldırganlık-kin ve red altölçeği arasında, anne BAE ile ilgisizlik-ihmal altölçeği arasında negatif ilişki; anne EUÖ ile sıcaklık-sevgi altölçeği arasında pozitif ilişki vardı.

Tartışma ve Sonuç: Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocuğa sahip anneler ruhsal olarak engeli çocuğa sahip olmayanlardan daha çok etkilenmekteydi. Bu nedenle engelli çocuğa sahip olan annelere gerekli ve yeterli ruhsal destek sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Saddler AL, Hillman SB. The influence of disabling condition visibility on family functioning. J Pediatr Psycho 1993; 18(4):425-39.
2. Magill-Evans J, Darrah J, Pain K, Adkins R, Kratochvill M. Are families with adolescents and young adults with cerebral palsy the same as other families? Develop Med&Child Neurology 2001; 43:466-72.
3. Florian V, Findler L. Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. Am J Orthopsychiatry 2001; 71(3):358-67.

POSTER

10

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SİGARA VE ALKOL KULLANIM SIKLIKLARI

Senel Tot[1], Kemal Yazıcı[1] , Aylin Yazıcı [1], Fevziye Toros[1], Özmen Metin[1], Nilgün Bal[1], Pervin Erdem[1]
[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Özet

Amaç: Üniversite öğrencileri arasında sigara ve alkol kullanım sıklığını ve bununla ilişkili sosyodemografik değişkenleri belirlemek.

Yöntem: Çalışmaya Mersin Üniversitesi öğrencileri arasından sınıf mevcutlarına ağırlıklı tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 901 öğrenci alındı. Bu öğrencilere SAMAY 2001 projesinde kullanılan Gençlik Anketi Soru Kitapçığı temel alınarak oluşturulan 45 soruluk bir anket uygulandı. Veriler ki-kare testi ile SPSS for Windows 10.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Örneklem grubunun yaş ortalaması 20±7, %46,6 kız, %53,4 erkekti. Öğrencilerin ailelerinin oturduğu iller, %39.2 Mersin, %16.5 Adana, %8.9 Hatay illeri başta olmak üzere Çukurova Bölgesi'nde yer almaktaydı."Sigara içiyor musunuz?" sorusuna öğrencilerin %32,7'si (%13 kız; %21 erkek) evet cevabı vermişti. Sigara içenler arasında erkek/kız oranı 1,7 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001). Babası alkol kullananlarda sigara içimi anlamlıya yakın derecede fazla idi (p=0.055). Okul başarısını ortanın altı ve oldukça kötü olarak bildirenlerde sigara kullanımı belirgin derecede fazla idi (p=0.01). Sigara içimi ile anne-babanın eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi ve anne-babanın sigara içiyor olması ve annenin alkol kullanıp kullanmaması arasında ilişki bulunmadı. "Alkol kullanıyor musunuz?" sorusuna öğrencilerin %42.3'ü evet cevabını vermişti (%14.5'ü kız, %28.3'ü erkek). Alkol kullananlar arasında erkek/kız oranı yaklaşık 2 idi. Öğrencilerin %0.3'ü son 1 yıl içinde her gün alkol aldığını, %4.8'i haftada ikiden fazla, % 9.2'i ise haftada bir ya da iki kez alkol aldığını bildirmişlerdir. Alkol kullanımı anne ve babasının alkol kullandığını bildirenlerde belirgin derecede fazla bulunmuştur (p=0.001). Annesi sigara kullananlarda alkol kullanımı belirgin derecede fazla iken (p=0.001), baba sigara kullanımı ile ilişkili bulunmamıştır. Annenin eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerde alkol kullanım sıklığı artmaktadır(p=0.006). Alkol kullanım sıklığı, babanın eğitim düzeyi, ebeveynlerin birlikte, ayrı ya da ölmüş oluşu, okul başarısı ile ilişkili değildi. Hem sigara hem de alkol kullanım sıklığı gıda mühendisliği, kimya, biyoloji, matematik ve resim bölümlerinde belirgin olarak daha azdı.

Tartışma ve Sonuç: Öğrenciler arasında sigara ve alkol kullanım oranlarının yüksek olması ve her ikisinin kullanımının erkeklerde kızlardan belirgin derecede fazla olması dikkati çekici bir bulgudur. Haftada iki kez ve daha fazla alkol kullananların oranları, Ögel ve ark.larının İstanbul'da yaptıkları çalışmaya benzerdi (2). Çalışmamızın bulgularına göre anne-babanın alkol kullanıyor olması ve annelerin sigara içiyor olması gençlerin alkol kullanım sıklıklarında artma ile ilişkili görünmektedir.

Babaların alkol kullanma sıklıklarındaki artış ise sigara kullanım oranlarında artma ile ilişkilidir. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça gençlerin alkol kullanma oranları artmaktadır. Bu bulgular, gençlerin sigara ve alkol kullanmalarında anne-babanın davranış modelleri ve sigara ve alkolle ilişkili tutumlarının etkisiyle yorumlanabilir. Okul başarısı düşük olanlarda sigara içme oranlarının yüksek olması ilgi çekici bir bulgudur. Üniversite öğrencileri arasında okudukları bölümlere göre sigara ve alkol kullanımının farklılık göstermesinin nedenleri araştırılmaya değer bir konudur.

Kaynaklar

1. Andrews JA, Duncan SC. The effect of attitude on the development of adolescent cigarette use. Journal of substance abuse,1998; 10(1):1-7.
2. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(1):47-52.
3. Türkcan A. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(4):310-318.

POSTER

11

YANIK MERKEZİ HEMŞİRELERİNDE STRES FAKTÖRLERİ VE STRESLE BAŞETMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

Servet Ebrinç[1], Cengiz Açıkel [2], Cengiz Başoğlu[1], Fatih Peker[2], Necati Çobanoğlu[1], Mesut Çetin[1], Bahattin Çeliköz [2]

[1]GATA H.Paşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi ,

[2] GATA H.Paşa Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi ve Yanık Merkezi

Özet

Amaç: Yanık merkezinde çalışma, stresli bir uğraş olarak tanımlanmıştır (1). Lewis ve ark.ları yanık hemşirelerinin çalışma ortamlarında neleri stres faktörü olarak algıladıklarını ve bu stresle nasıl başa çıktıklarını araştırmış olup; yanık hemşirelerinin bildirdikleri stresin ağrı, çocuklar, ölen hastalar, kooperasyon kurulamıyan hastalar ve personel arasındaki çatışmalarla ilişkili emosyonel bir komponent içerdiğini ortaya koymuşlardır. Stres hemşirelerin ruhsal sağlığında olumsuz bir

sonuca neden olabilir ve "profesyonel depresyonu"na yol açabilir(3). Bu çalışmada bir eğitim hastanesi yanık merkezinde çalışan hemşirelerde iş çevresi stres faktörlerinin ve stresle başaçıkma, anksiyete, depresyon, iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin; benzer iş yoğunluğu ve özelliklerine sahip olan ve olmayan iki farklı birimde çalışan hemşirelerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Örneklem: Çalışma kesitsel bir çalışma olup; 2001 Mayıs ayı içinde GATA H.Paşa Eğitim Hastanesi Yanık Merkezi'nden (YM) 8, Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nden (DYBÜ) 8 ve Genel Cerrahi Servisi'nden (CS) 8 hemşire olmak üzere toplam 24 hemşire ile yapıldı. Çalışmaya rızası olanlar alındı.Veri toplama araçları: 1. Görüşme anketi: Deneklere ilk bölümünde sosyodemografik özellikler ile sigara, çay-kahve, alkol, ağrı kesici ve sakinleştirici kullanma alışkanlıklarını; ikinci bölümünde ise iş çevresinde stres yaratan durumları algılama şiddetini sorgulayan yarı yapılandırılmış çok seçenekli sorulardan oluşan bir görüşme anketi uygulandı. 2.Stresle Başaçıkma Ölçeği (SBÖ): Şahin ve ark.larının (1992) Folkman ve Lazarus'un Başaçıkma Yolları Envanteri'nden hareketle oluşturdukları SBÖ 4 seçenekli 30 maddeden ve 5 altölçekten oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Alt ölçekler; "kendine güvenli yaklaşım" 7, "iyimser yaklaşım" 5, "kendine güvensiz yaklaşım" 8, "boyuneğici yaklaşım" 6 ve "sosyal destek arama" 4 maddeden oluşmaktadır. 3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HADÖ): Zigmond ve Snaith (1982) tarafından özel olarak bedensel hastalığı olan bireyler için geliştirilmiş bir özbildirim ölçeği olup; daha sonraları major depresyon ve uyum bozukluklarında ve ülkemizde üniversite öğrencilerinde (Aydemir ve ark.1997) de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış anlamlı bulunmuştur. 4. İş Doyumu Ölçeği (İDÖ): Hackman ve Oldham'ın geliştirdiği, Güler (1990) tarafından Türkçe uyarlama ve güvenirlik çalışması yapılmış, yarım bırakılmış olumlu ifadelerden oluşan, beş seçenekli, 14 maddelik bir özbildirim ölçeğidir. Puanlar ne kadar yüksekse, iş doyumu o kadar fazladır. 5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Ergin

(1992) tarafından Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan beş seçenekli ve 22 maddelik bir özbildirim ölçeği olup; tükenmişliği duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarı boyutlarında değerlendirmektedir. Bazı çalışmalarda toplam puan da kullanılmaktadır. İşlem: Deneklere toplu olarak görüşme anketi ve ölçekler uygulandı. Uygulama öncesi çalışma ve ölçekler hakkında açıklayıcı bilgi verildi. Verilerin değerlendirilmesi: İş çevresi stres faktörlerine yönelik sıklıklar Ki-kare testi ile; sosyodemografik özellikler ve alışkanlıklar ile SBÖ, HADÖ, İDÖ ve MTÖ puanları Kruskal Wallis H testi ile gruplar arası anlamlılık düzeyleri değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi, %95($p<.05$) olarak alındı.

Bulgular: YM hemşirelerinde günlük çay/kahve alımı (Kruskall Wallis x^2:7.510, p=.023), DYBÜ hemşirelerinde ise haftalık sakinleştirici ilaçların alımı (Kruskall Wallis x^2:6.632, p=.036) sayısal ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Günlük alınan sigara adeti, haftalık ağrı kesici ilaç kullanım sayısı ortalamaları YM ve DYBÜ hemşirelerinde CS hemşirelerine göre anlamlı düzeyde olmasa da daha yüksekti. İş çevresi stress faktörlerini algılama şiddetine göre yapılan değerlendirmede ise YM hemşirelerinde DYBÜ ve CS hemşirelerine göre "bilgi yetersizliği"(x^2:16.125, sd:2, p=.001),"çalışma ekibi ile ilişkiler" (x^2:6.568, sd:2, p=.037), "hastalarla işbirliğinde yetersizlik" (x^2:9.333, sd:2, p=.024) ve "hasta ölümü" (x^2:7.664, sd:2, p=.022) stress faktörlerini anlamlı olarak daha yüksek şiddette algıladıkları saptanmıştır. YM hemşirelerinin SBÖ kendine güvenli yaklaşım (x^2=7.421, p=.024), İDÖ(x^2=6.364, p=.042) ve MTÖ duygusal tükenme(x^2=7.965, p=.019) puan ortalamaları DYBÜ ve CS hemşirelerininkine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. HADÖ Anksiyete (x^2=13.983, p=.001) puan ortalamaları ise hem YM hem de DYBÜ hemşirelerinde CS hemşirelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Yanık merkezinde çalışan hemşirelerde iş çevresi stres faktörleri, stresle başaçıkma, anksiyete ve depresyon düzeyleri, iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi ve Genel Cerrahi Servisi hemşireleriyle karşılaştırmalı olarak değerlendirildi. YM hemşirelerinde "bilgi yetersizliği", "çalışma ekibi ile ilişkiler", "hastalarla işbirliğinde yetersizlik" ve "hasta ölümü" gibi iş çevresi stres faktörlerinden DYBÜ ve CS hemşirelerine göre anlamlı düzeyde ve daha şiddetli olarak etkilendikleri ve buna paralel olarak duygusal tükenme düzeylerinin de daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine YM hemşirelerinde anksiyete düzeyleri CS hemşirelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu veriler YM hemşirelerinin iş çevresi stres faktörlerinden daha çok etkilendiklerini, yaptıkları işin daha teknik düzeyde olduğunu, gerek personel ve gerekse hastalarla ilişkilerde daha çok zorlandıklarını ve hastayla daha fazla özdeşleştiklerini göstermektedir. Duygusal tükenme ve anksiyete düzeylerinde görülen yükseklikler de yukarda belirtilen bulguları destekler niteliktedir. YM hemşirelerinde iş doyumu ve SBÖ "kendine güvenli yaklaşım" altölçek puan ortalamalarının DYBÜ ve CS hemşirelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmasını; en azından çalışmamızdaki YM hemşirelerinin işlerinden daha memnun oldukları ve kendilerine daha güvenle baktıkları şeklinde yorumlayabiliriz. Sonuç olarak yanık merkezinde çalışan hemşirelerin iş çevresi stres faktörlerinden daha çok etkilendikleri, motivasyonlarının ve iş doyumlarının bozulmamasına ve stresle başetme güçlerinin bulunmasına rağmen anksiyete ve duygusal tükenme düzeylerinin arttığını söyleyebiliriz.

Kaynaklar

1. Steenkamp WC, van der Merwe AE. The psychosocial functioning of nurses in a burn unit. Burns 1998;24:253-258.
2. Lewis KF, Poppe S, Twomey J, Peltier G. Survey of perceived stressors and coping strategies among burn unit nurses. Burns 1990;16:109-112.

3. Tyler PA, Ellison RN. Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. Journal of Advanced Nursing 1994;19:469-476.

POSTER

12

ÇOCUKLARDA SUÇ DAVRANIŞLARI, FARİK-MÜMEYYİZLİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Şakir Özen[1], Remzi Oto[1],
Yaşar Tıraşcı [2], Yunus Emre Ayna [3]
[1] Dicle Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD,
[2] Dicle Üniv. Tıp Fakültesi Adli Tıp ABD,
[3] Dicle Üniv. Tıp Fakültesi Sosyal ve Psikolojik Araştırma Merkezi

Özet

Amaç: Çocuk suçluluğu olgusu birçok ülkenin önemli sorunlarından biri olmaya devam etmektedir (1,2). Hukuk sistemimiz (Türk Ceza Kanununun 53, 54 ve 55. maddesi) çocuğun suç davranışını üç yaş dönemine göre farklı ele almaktadır: a) Suç sayılan fiili işlediği tarihte çocuk 11 yaşını tamamlamamışsa yasal sorumluluğu yoktur. b) 11 yaşını bitirmiş olup 15 yaşını doldurmamış ise; durumu bilirkişiye inceletildikten sonra yasal sorumluluğunun değerlendirildiği ve başlatıldığı dönemdir. c) 15 yaşını bitirmiş olup 18 yaşını tamamlamamışsa cezanın indirimli olarak uygulandığı

dönemdir (3). Bu çalışmada, farik ve mümeyyizlik durumunun saptanması için bilirkişiye gönderilen çocukların sosyodemografik özelliklerini ve suç davranışlarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: 2001 yılı Mart, Nisan, Mayıs aylarında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na ve Diyarbakır Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne gönderilen 165 çocuğun hepsi çalışmaya alındı. Bilgiler tarafımızdan hazırlanan yapılandırılmış bir form yardımıyla tek tek görüşülerek elde edildi.

Bulgular: Üç kız, 162 erkek muayene edildi. Toplam 5(%3) kişi işlediği suçun farik ve mümeyyizi değildi. Suçun işlenme zamanında çocukların %33'ü 14 yaşındaydı. Hırsızlık %52, Yaralama %20 oranındaydı. Çocukların %21'inde daha önce benzer veya farklı bir suç işleme, %14.5'inde kardeş suçluluğu, %36'sında sigara içme, %21'inde evden kaçma, %28'inde göç yaşama öyküsü vardı. 9 çocukta hafif şiddette psikiyatrik bozukluk saptandı. Çocukların %51'i şu an okula gitmemekteydi. %53'ü para kazanmak için bir iş yapmaya çalıştığını bildirdi. Çoğu kalabalık aile ortamında büyümekteydi ve kardeş sayısı ortalaması 7.4 olarak bulundu. Çeşitli nedenlerle %18'inde anne-baba birlikteliğinin kaybolduğu saptandı. Çoğu ailelerin ekonomik durumu ve eğitim düzeyi oldukça düşüktü.

Tartışma: Suç davranışları dışında çocukların büyük çoğunluğunda bedensel ve ruhsal yakınma saptanmadı. Çoğu işledikleri suçun bilincindeydi. Ailenin gelir ve eğitim düzeyi düşüklüğü, anne-baba denetiminin bozulması, göç yaşantısı, suç tekrarı, yakın akrabalarda suç hikayesi ve sigara alışkanlığı gibi durumlar risk faktörü olarak kabul edilebilir. Bu nedenle, suçlu çocukların rehabilitasyonu ve yeni oluşacak suç davranışlarının önlenmesi ile ilgili önlemler alınırken risk faktörlerinin göz önünde tutulmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Dülger HE, Tokdemir M, Tezcan AE. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki çocuk ve ergen suçlarının dağılım özellikleri. Düşünen Adam 1996; 9(3): 53-57.
2. Pellegrini RJ, Roundtree T, Camagna TF, Queirolo SS. On the epidemiology of violent juvenile crime in America: a total arrest-referenced approach. Psychol Rep 2000; 86(3 Pt 2): 1171-86.
3. Oto R. Suç, çocuk ve isnad yeteneği. KHukA-Kamu Hukuku Arşivi 1998; 1: 79-82.

POSTER

13

MERSİN İLİNDE LİSE ÖĞRENCİLERİNDEKİ SİGARA, ALKOL VE MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI

Kemal Yazıcı, Şenel Tot, Aylin Yazıcı, Nilgün Bal, Özmen Metin, Pervin Erdem
[1] Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD

Özet

Amaç: Önemli bir sağlık sorunu olan sigara, alkol ve madde kullanımının, Mersin ili lise öğrencileri arasındaki yaygınlığını ve özelliklerini değerlendirmek.

Yöntem: Türkiye'de, gençler arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığını ve özelliklerini değerlendirmek amacıyla SAMAY 2001 projesi gerçekleştirilmiştir. Verilerimiz, bu proje kapsamında, Mersin ilindeki çalışmamızdan elde edilmiştir.

Çalışmaya Mersin ilindeki 52 liseden 1214 öğrenci alınmış ve SAMAY 2001 projesi için hazırlanmış anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Yaşam boyu en az bir kez sigara kullananların oranı %56,9 iken son bir yıl içinde en az bir kez sigara kullananların oranı %42,6, son bir ay içinde en az bir kez sigara kullananların oranı ise %25,2 bulunmuştur. Öğrencilerin %23,2'si son bir yıl içinde en az bir kez alkol kullandığını belirtmiştir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullananların oranı %3,9, uçucu madde kullanma oranı %5,4, uyuşturucu-uyarıcı madde kullanma oranı %2,3 bulunmuştur. Öğrencilerin % 3,7'si son bir yıl içinde en az bir kez esrar kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tartışma ve Sonuç: Bulgular, Türkiye genelinde ve İstanbul'da daha önce yapılan çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Sigara, alkol, uçucu madde ve uyarıcı madde kullanımı açısında Türkiye genelinden ve İstanbul'dan belirgin farklılık bulunmamıştır. Çalışma sonucundaki dikkat çekici bir bulgu, ilimizdeki lise öğrencilerinde, son bir yıl içinde en az bir kez esrar kullanım oranının Türkiye genelinden (%2.1) ve İstanbul'dan (%2.8) yüksek olmasıdır.

Kaynaklar

1. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D: Türk Psikiyatri Dergisi, 2001;12: 47-52.
2. Ögel K, Tamar D, Evren C, Çakmak D: Klinik Psikiyatri, 2000; 4: 242-245.

POSTER

14

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN PSİKİYATRİK HASTALARA YÖNELİK TUTUM VE YAKLAŞIMLARI

Lut Tamam [1], Tuğba Atalay[1], Aslı Karakuş[1], Nurgül Özpoyraz[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Adana

Özet

Amaç: Psikiyatristler başta olmak üzere tüm tıp doktorları ve öğrencileri ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde ve yaygınlaştırılmasında önemli bir rol üstlenirler. Bu kişilerin ruh hastalıklarına ve psikiyatrik hastalara yönelik tutum ve davranışları, genel olarak toplumun ruh hastalıklarına ve psikiyatrik hastalarına olan bakış açılarını ve tutumlarını önemli bir biçimde etkilemektedir. Bu nedenledir ki, tıp fakültelerinde yeterli düzeyde ve kalitede verilecek psikiyatri eğitimi sadece tıp fakültesi öğrencilerini değil aynı zamanda tüm toplumun ruh

hastalıklarına bakış açısını önemli biçimde etkileyip değişime uğratabileceği açıktır. Bu çalışmada Tıp Fakültesi öğrencilerinin ruh hastalıklarına ve genel olarak psikiyatrik hastalara olan tutumları ve psikiyatri eğitiminin bu tutumlara olan olası etkisi değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan tıp öğrencilerinden 5. sınıfta Psikiyatri stajı almış olan 67 öğrenci ile henüz 5. sınıfa gelmemiş ya da Psikiyatri stajını henüz almamış olan 86 öğrenci alınmıştır. Tüm öğrencilere psikiyatrik hastalıklara olan tutumlarını ölçmek için tarafımızdan oluşturulan 30 soruluk bir soru anketi uygulanmıştır. Bu anketle genel olarak sosyodemografik özellikler, psikiyatrik hastaların toplumca kabul edilebilirlikleri, haklarındaki genel düşünceleri, psikiyatrik hastaların medeni hakları ile ilgili düşünceleri ve psikiyatrik tedavi ile ilgili bilgileri değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel işlemler SPSS 10.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmaya katılan öğrenciler arasında, psikiyatri stajını almayanların önemli bir kısmının ruhsal hastalıkları sadece çevresel nedenlere bağladıkları saptanmıştır. Psikiyatri stajını alanlar ve almayanlar arasında anlamlı bir farklılık vardı (%38 vs %13, F=13.9 df=3 p=0.003). Psikiyatri stajının Tıp öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla karşılaşmalarına imkan vermekte ve özellikle psikiyatrik tedaviler hakkında bilgilerini artırma imkanı tanımaktadır. Bu stajı almayan öğrencilerin %41'i (diğer grupta %15) kullanılan psikiyatrik ilaçların bağımlılık yaptığını belirtmiştir. Her iki grup arasında psikiyatrik hastaların çeşitli medeni haklarını kullanmaları konusunda anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, alınan eğitimin tıp öğrencilerinin psikiyatrik hastalığı olan bireylerin genel olarak medeni haklarını kullanmaları üzerindeki düşüncelerini çok etkilemediğini göstermiştir. Literatürde genel olarak özellikle medeni hakların kullanılması yönünden verilen psikiyatrik eğitimin tıp öğrencilerinin bakış açılarını önemli düzeyde

etkilediği savunulmaktadır. Bunun dışında verilen eğitim özellikle hastalıkların nedenlerinin anlaşılması, kullanılan ilaçların etkilerinin öğrenilmesi açısından yararlı olabilmektedir. Ruhsal hastalıklara yönelik verilecek ayrıntılı ve yakın bir eğitim ve bu hastaları da içine alacak bir eğitim modeli psikiyatrik hastalıkların tıp öğrencilerince daha iyi anlaşılmasına yardımcı olacak ve onların tutumlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Kaynaklar

1. Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera S. Effects of a one-hour educational program on medical students'attitudes to mental illness. Psychiatr Clin Neurosci 2001; 55:501-507.
2. Vezzoli R, Archiati L, Buizza C, Pasqualetti P, Rossi G, Pioli R. Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. Eur Psychiatry 2001; 16:451-458.
3. Mino Y, Yasuda N, Kanazawa S, Inoue S. Effects of medical education on attitudes toards mental illness among medical students: A Five-year follow-up study. Acta Med Okayama 2000; 54:127-132.